



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2015/2016 – 4.º Ano

Autor: Revanildo Delgado Ramos N.º 2915

Mindelo, Dezembro de 2016

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem.

Discente:

Revanildo Delgado Ramos

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Orientador:

Mireya Cáceres

Mindelo, dezembro de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a deus, e depois à minha família pelo amor, apoio, tolerância, compreensão e acompanhamento em momentos de ansiedade durante este percurso e principalmente a nível financeiro. Sem a vossa ajuda não me seria possível concretizar este grande sonho!

A minha namorada, pelo amor e pela compreensão que tens demonstrado sempre. Foste a melhor coisa que me aconteceu, minha alegria, meu consolo, minha vida, meu tudo.

Obrigada por fazerem parte da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por abençoar a minha vida. Ao meu orientador Enfermeira Mireya Cáceres pelo apoio prestado e pela sua total disponibilidade durante a realização do trabalho.

Agradeço a todos os meus colegas, pelo companheirismo e amizade durante todos esses anos.

Agradeço a instituição Residência Estudantil Leonel Madeira, a todos trabalhadores que sempre nos apoiaram ao longo desses 4 anos de estudo.

A todos os enfermeiros que participaram deste estudo pela disponibilidade e a todos que contribuíram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

A todo um muito obrigado!

Epigrafe

"Assim como os picos cobertos de neves são bonitos, os cabelos brancos da velhice também, tem sua beleza. Não apenas beleza, mas sabedoria também, de que nenhum jovem pode se vangloriar"

(Osho)

RESUMO

O envelhecimento da população é uma perspetiva real e necessita de reflexões, em especial, na área da saúde e da enfermagem no que se refere aos cuidados prestados aos idosos internados. O tema da investigação cinge-se à “*Humanização dos cuidados de enfermagem a pessoa idosa hospitalizada*”, com este estudo pretendeu-se, conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros a pessoa idosa hospitalizada bem como a sua importância.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória descritiva, realizado no Hospital Baptista de Sousa. Para tal nesta investigação participaram 5 enfermeiros que prestam cuidados nos serviços que predomina o internamento de pessoas idosas nomeadamente os serviços de medicina, cirurgia e orto traumatologia. Os dados foram recolhidos com base numa entrevista semiestruturada e posteriormente submetidos à uma análise de conteúdo. Conclui-se que a enfermagem necessita de uma prática que valorize a humanização do cuidado, que tem como foco as dimensões espirituais, éticas e estéticas, abandonando a prática que privilegia exclusivamente a dimensão técnica.

Conclui-se então que os idosos necessitam de além de cuidados especiais da equipe de enfermagem também amor, carinho, compreensão tanto da equipe profissional como também da família. Através do conhecimento da perceção da pessoa idosa relativamente ao seu envelhecimento, a assistência de enfermagem poderá ser um bom contributo para a independência e desenvolvimento das suas atividades de vida diárias, assim como para promover a saúde, de modo a que se mantenha a dignidade, o conforto e o bem-estar do idoso até ao fim do seu ciclo vital.

Palavras-chave: Humanização; Pessoas Idosas; Hospitalização; Assistência de enfermagem;

ABSTRACT

The aging population is a real perspective and needs of reflections, especially in the area of health and nursing in relation to care for the hospitalized elderly. The theme of the research is-girds the *"humanization of nursing care to elderly hospitalized"* with this study it was intended, to meet the care provided by nurses hospitalized elderly as well as its importance.

It is a study of qualitative, descriptive exploratory, held at the Baptista de Sousa Hospital. To do this in this investigation attended 5 nurses who provide care in the services that predominates hospitalization of elderly people in particular medical services, surgery and ortho trauma. Data were collected on the basis of semi-structured interview and later submitted to a content analysis. It was concluded that nursing needs is a practice that values the humanization of care, care that is focused on spiritual, ethical and aesthetic dimensions, abandoning the practice that focuses exclusively technical dimension.

It follows then that the elderly need special care in addition to nursing staff also love, affection, understanding of both professional staff as well as the family. Through knowledge of the perception of the elderly relative to aging, nursing care can be a good contribution to the independence and development of their daily activities, as well to promote health, so as to maintain the dignity, comfort and well-being of the elderly to the end of their life cycle.

Keywords: Humanization; Old people; Hospitalization; nursing care;

ABREVIATURAS/SIGLAS

AVD”s - Atividades de vida diárias

BOS – Boletim oficial de saúde

CV – Cabo Verde

HBS - Hospital Baptista de Sousa

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

Índice

INTRODUÇÃO	12
Problemática/ Justificativa	13
CAPÍTULO I – O ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
Envelhecer	18
Estatuto do idoso cabo-verdiano	21
Resolução nº49/2011 de 28 de Novembro- Carta da Política Nacional	21
PARA UMA POLÍTICA NACIONAL PARA A TERCEITA IDADE.....	22
Implementação. Coordenação, seguimento e avaliação	23
O idoso e a hospitalização	24
Receios do Idoso Hospitalizado	26
Interação dos Enfermeiros com o idoso hospitalizado e a família.....	27
A comunicação na humanização de cuidados.....	29
Intervenções de Enfermagem na Área Geriatria	30
CAPITULO II - FASE METODOLÓGICA	32
Metodologia	33
Tipo de estudo	33
A população/Amostra.....	33
O método instrumento de colheita de dados	34
Campo empírico	35
Procedimentos éticos	36
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANALÍSE DE RESULTADOS.....	37
Análise de resultados e caracterização da amostra.....	38
Categoria I - Caracterização da população amostra	38
Categoria II – Humanização dos Cuidados de enfermagem a pessoa idosa.....	39
Categoria III - Interação dos profissionais com pessoas idosas hospitalizadas.	42
Categoria IV- O desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados humanizados.....	46
Discussão dos dados	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
Propostas.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

SITES CONSULTADOS	57
ÍNDICE DOS APÊNDICE E ANEXOS.....	57
APÊNDICE 1 - PEDIDOS DE CONSENTIMENTO	58
APÊNDICE 2 - GUIÃO DE ENTREVISTAS	59
APÊNDICE 3- CONSENTIMENTO INFORMADO	61
ANEXO 4- DIREITOS DO DOENTE INTERNADO	62

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se na disciplina de Investigação Científica, inserida no plano curricular 4º ano, para a obtenção o grau de Licenciatura em Enfermagem, onde foi proposto um do trabalho de conclusão de curso, ministrado pela Universidade do Mindelo do departamento de Ciências de Saúde.

Tendo como tema **“Humanização dos Cuidados de Enfermagem a Pessoa Idosa Hospitalizada”**, que deve ter em conta que os idosos é um grupo vulnerável e que tem um certo desconforto perante a hospitalização, onde a equipa de enfermagem tem um papel importante para os ajudar.

Quando falamos de cuidados humanizados também queremos que os sujeitos do nosso cuidado sintam-se protegidos, seguros e mais confiantes, para que possam receber sem problema o seu tratamento.

A escolha do tema deve-se ao fato de ter feito estágios em algum serviços, onde encontravam-se idosos hospitalizados, onde houve muita dedicação e empenho e constatou-se alguns cuidados que deveriam ser feitos de uma outra forma.

Contudo, para promoção de uma assistência humanizada ao idoso e necessário atendimento com prioridade, em totalidade e individualidade além de terem sua autonomia respeitada e sua independência mantida.

No que refere a estrutura do trabalho, é de referir que encontra-se dividido em três capítulos, para o melhor entendimento do tema em estudo. Antes de entrar propriamente dito no primeiro capítulo fez-se uma nota introdutória, que corresponde a uma breve apresentação do tema, a justificação e a motivação para o seu desenvolvimento.

Para a realização do mesmo optou-se por um estudo de tipo qualitativo, descritivo, que foi desenvolvido no Hospital Dr. Baptista de Sousa, nomeadamente nos serviços de Medicina, Cirurgia e Orto traumatologia.

O capítulo I corresponde ao enquadramento teórico onde fez-se uma breve descrição de alguns conceitos de envelhecimento, humanização dos cuidados e principalmente às intervenções de enfermagem na área da geriatria.

O capítulo II trata-se da fase metodológica onde foi descrito a metodologia que serviu de auxílio para a elaboração da parte empírica da pesquisa.

O capítulo III compreende-se na fase empírica, onde apresenta-se a análise e discussão dos dados, que serão apresentados e tratados os resultados obtidos durante o

processo de investigação, depois segue as considerações finais, referências bibliográficas e os anexos.

É de salientar que as limitações deste estudo se centraram no défice de bibliografias temáticas, nos dados estatísticos relativamente ao internamento de idosos do HBS, e também na indisponibilidade e colaboração de alguns dos enfermeiros alvos desta investigação científica.

O presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico, utilizado na Universidade do Mindelo, proposta pelo Doutor Albertino Graça, no livro *Introdução À Investigação Científica: Guia para investigar e redigir* publicada no ano 2004.

Problemática/ Justificativa

Segundo Campos (2004) “uma investigação tem sempre origem numa situação que causa preocupação, dúvidas, ou uma certa inquietação, exigindo portanto, uma explicação ou melhor compreensão do fenómeno observado. Quando se diz que todo o trabalho de investigação tem início com algum tipo de problema, torna-se conveniente esclarecer o significado deste termo.”

As experiências vivenciadas durante o ensino clínico despertaram o interesse acerca desta temática, de um grupo muito vulnerável em situações os cuidados humanizados prestados, e refletir sobre esta temática.

Quando se trata de cuidados humanizados, pensa-se em dar qualidade à relação entre o enfermeiro-utente, neste caso enfermeiro-idoso, onde implica a capacidade por parte do cuidador de se compreender a si mesmo e ao outro. Onde há que haver a capacidade de se colocar no lugar do utente e compreender quais as suas necessidades, aliando o “saber-fazer ao saber-ser”

Diante de todos os aspetos que envolvem o idoso no processo de envelhecimento é imprescindível que o enfermeiro compreenda toda a especificidade do processo de cuidar da pessoa idosa, por isso percebe-se a necessidade em enriquecer os conhecimentos em relação ao cuidar do idoso sob a ótica do enfermeiro.

Diante de todos os aspetos que envolvem o idoso no processo de envelhecimento é imprescindível que o enfermeiro compreenda toda a especificidade do processo de cuidar da pessoa idosa.

Ao atender o idoso, o enfermeiro deve estar atento a uma série de alterações que vão desde físicas a psicológicas passando também pelas sociais que os deixam mais frágeis que qualquer outro grupo etário. A equipa de enfermagem tem um papel de bastante relevância com o idoso, pois acredita-se que através de uma relação empática haja uma assistência e personalizada que garante o bem-estar físico e emocional.

Segundo Ferreira (2010) “o crescimento significativo do envelhecimento da população recita presentemente, tema obrigatório, na reflexão científica dos aspetos sociais do envelhecimento, o modo como o idoso lida com as mudanças no processo de envelhecimento reproduz inevitavelmente, na relação que estabelece, consigo próprio e com a sociedade onde se encontra inserido.”

Vários estudos revelam, pois, que o responsável natural pelo envelhecimento demográfico das populações humanas foi o declínio da natalidade observando a partir dos anos 70 altura em que a generalidade dos países deixara de renovar as gerações (Fernandes 1997).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, e segundo a (OMS) em 2025 existirão aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. “É um processo dinâmico e progressivo em que ocorrem modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas e, que indica a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levar à morte” (Machado, 2006).

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, (2012), de Cabo Verde é muito importante não esquecer o fato de que o risco de ter uma doença crónica aumenta com o aumento idade, não apenas por razões cronológicas, mas também pelo acúmulo, ao longo da vida, dos fatores de risco de doença o que torna importante a promoção da saúde e na prevenção da doença durante toda a vida.

De acordo com os dados do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012), de CV;

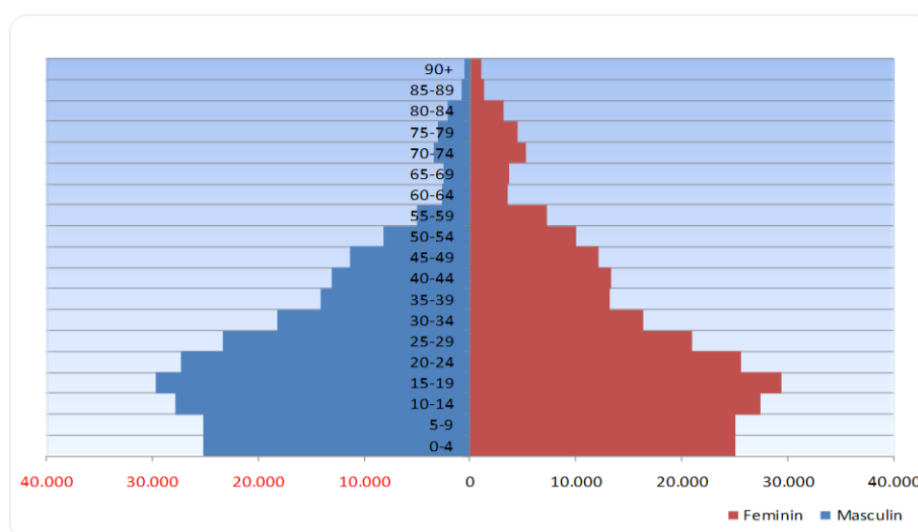
“a transição demográfica em curso aponta para uma presença cada vez maior de pessoas com idades superiores aos 65 anos estimada em 7,7% da população residente. A população com mais de 65 anos de idade no ano de 2000 era de 37 116 e em 2010 era de 37 815 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2010). O censo de 2010 indica que em cada cem idosos, 31% apresenta algum tipo de deficiência que dificulta a

mobilidade, 43,3% apresentava problemas de visão, 23,3% são pessoas com deficiência auditiva e 11% encontram-se em situação de dependência. A esperança de vida à nascença em Cabo Verde é hoje de 72 anos para os homens e 76 anos para as mulheres”.

Segundo o boletim oficial de saúde (2011), Cabo Verde encara um processo de evolução demográfica, caracterizada pela redução dos níveis de mortalidade e de fecundidade e pela redução dos movimentos migratórios para o exterior.

E acordo com o ultimo censo entre 2000 e 2010, CV enfrenta um crescimento da população, em que, a taxa anual de crescimento de populacional foi de 1,2 %. Os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos cresceram em termos absoluto, passando de 37.116, no ano 2000 para 37.815 no ano de 2010, representando 7,7% da população.

Figura 4: Pirâmide etária da população Cabo-verdiana (2010)



Fonte: INECV (2010)

A pirâmide etária da população exibe uma base relativamente larga, o que está de acordo com os indicadores acima referidos. O facto da base da pirâmide ter-se apertado na faixa etária que vai dos zero aos 9 anos, poderá ser explicado pelo facto da redução da taxa de natalidade. Na faixa dos 15 aos 69 anos, a pirâmide apresenta um equilíbrio para ambos os sexos.

Observa-se na faixa dos 60 aos 69 anos uma redução do número de efetivos. Este acontecimento poderá ser explicado pelo período de fome de 1947 em que houve uma

sobre mortalidade de crianças e também devido à emigração. No topo da pirâmide apresenta um número de efetivos muito reduzido para ambos os sexos.

Ainda no BOS (2011) vê-se que a população na faixa etária de 60 á 79 anos é mais representativa no universo da população idosa, com predominância das mulheres. Em modos proporcionais entre os dois períodos censitários, observou-se uma pequena redução, passando de 72,8% em 2000 para 68,2% em 2010.

Em última análise o BOS (2011), assinala que há uma tendência de evolução demográfica, prevê uma a duplicação da população cabo-verdiana, acentuando-se o aumento a nível da população idosa particularmente no efetivo da população com 60 e mais anos.

O trabalho de enfermagem é muito especializado, requer conhecimentos e destreza manual, mas exige principalmente interesse pelas pessoas e a faculdade de as compreender e ajudar. Para Altschul (2013), “a enfermeira lida com pessoas em todos os momentos do seu dia de trabalho: pacientes, colegas, familiares dos utentes e membros da sua própria comunidade, cujo estado de saúde constante depende de uma maneira ou doutra do seu trabalho”.

Sendo assim achou-se pertinente a formulação da seguinte pergunta de partida:

- Qual a perceção dos enfermeiros do HBS, nomeadamente das enfermarias Medicina, Cirurgia e orto traumatologia sobre os cuidados humanizados aos idosos hospitalizados?

Para atingir os resultados esperados no âmbito do desenvolvimento do trabalho, delineia-se como objetivo geral, conhecer os cuidados de enfermagem prestados a pessoa idosas durante a hospitalização.

Objetivos específicos

- Identificar os cuidados de enfermagem prestados a pessoa idosa hospitalizada;
- Identificar os fatores necessários para humanizar os cuidados a pessoa idosa hospitalizada;
- Descrever a interação entre os enfermeiros e os pacientes idosos durante a hospitalização;

CAPÍTULO I – O ENQUADRAMENTO TEÓRICO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta fase é muito importante, em que consiste na revisão de textos, artigos, livros, periódicos, enfim, todo o material pertinente à revisão da literatura que será utilizada quando da redação do trabalho.

Para a elaborar o enquadramento teórico é necessário fazer uma busca em algumas literaturas, de modo a elaborar conceitos de acordo com autores, que são pertinentes ao para o trabalho.

Envelhecer

Envelhecer com saúde é uma questão que abrange os valores de cada indivíduo que permeiam o rumo da sua vida. Para isso, a elaboração de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos podem proporcionar a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido (Teixeira, 2008).

Para Geib (2003), “o termo envelhecimento tem sido empregado para explicar o processo pós-maturacional responsável pela diminuição da homeostasia e aumento da vulnerabilidade do organismo. O envelhecimento tem sido abordado como normal ou usual, sendo normal, quando envolve mudanças fisiológicas universais e usual, quando inclui doenças próprias da idade.”

Como enfatiza Groisman (2002), “o critério mais utilizado para a definir o envelhecimento apontando como cronológico, ou seja, a idade, é apontado como falho, pois ele afirma que o envelhecimento é vivenciado de forma distinta pela população portanto, pessoas da mesma idade cronológica poderiam estar em estágios diferentes de envelhecimento.”

Além disso, o respetivo organismo de um indivíduo encara o envelhecimento de maneira diferente entre os seus tecidos, ossos, órgãos, nervos e células. Desse modo, pode-se dizer que o envelhecimento não é definido pela idade do indivíduo, mas pelos resultados que essa idade causou a seu organismo.

Ferreira et al. (2010), definam o envelhecimento como um “conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que juntos determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo.”

A redução das funções orgânicas, manifestadas durante o envelhecimento, tende a crescer com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também, entre idosos da mesma idade. Esses resultados no processo de envelhecimento devem-se às condições desiguais de vida e de trabalho a que as pessoas idosas foram submetidas.

Amorim e Polak (2012):

“vão de acordo com as definições acima e complementam que envelhecimento é sem dúvida, um processo biológico cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e em decorrência disso, modificam suas funções e capacidades. Todo ser vivo está sujeito a envelhecer e no caso do ser humano, esse processo assume dimensões que ultrapassam o ciclo biológico, pois pode acarretar em consequências sociais e psicológicas.”

Gallo et al. (2001): define o envelhecimento como:

“um processo tanto individual quanto coletivo. Da mesma maneira que cada ano adicional de vida marca o envelhecimento do indivíduo, o aumento no número absoluto de pessoas idosas e uma elevação na porção relativa da população considerada idosa refletem o envelhecimento de uma população. Considerando que idosos enfrentam maiores riscos de morte, doença e deficiências, sendo assim, as populações envelhecidas são marcadas por uma prevalência elevada de doença crônica e incapacidade, além da idade elevada para a morte.”

O envelhecimento da população é um fato constatado mundialmente e tem sido documentado por vários trabalhos nos últimos anos. No entanto, o envelhecimento populacional não se refere aos indivíduos, ou cada geração, mas a mudança na faixa etária de uma população que mostra um aumento das pessoas acima de determinada idade, considerado um critério o início da velhice.

Conforme, a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, concretizada em Madrid, de 8 a 12 de abril de 2002, desenvolvida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo governo Espanhol, “... até 2050, o número de idosos em todo o mundo avultará o número de jovens, pela primeira vez na história da humanidade, em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população; em 2000 representavam 10% e, segundo as projeções, até 2050, deverão corresponder a 21%, Moura (2006).

Para Fernandes (1997), o número crescente de idosos deve-se a alguns fatores determinantes com redução da mortalidade geral, sobretudo infantil, diminuição das taxas de fecundidade e aumento das taxas de sobrevivência. Os fatores do processo de envelhecimento ocorrem pela ação contínua de estreitamento da base da pirâmide etária, tendo como consequência o envelhecimento da população.

Poirier (1995), defende que tal como o envelhecimento biológico, também o envelhecimento psicossocial suscitou imensa curiosidade e imensas dúvidas por parte dos investigadores, tendo surgido várias teorias com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento.

Para Moníz (2003);

“envelhecimento é um processo inato; acompanha-nos a cada dia, em cada fase das nossas vidas, lentamente durante toda a nossa existência, sendo que é um percurso natural da vida, mas, “apesar de que o envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do facto de se inscrever no ciclo da vida biológico, constituindo pelo nascimento, crescimento e morte, ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere.”

Segundo Vieira (1996), o envelhecimento, é o “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas associadas a passagem do tempo”. Estas mudanças podem ser de origem:

Social – considerada pelo papel e hábitos desenvolvidos pelo indivíduo na sociedade, na medida em que representa os comportamentos esperados pela sua cultura no processo dinâmico de envelhecimento

Biológica – considerada pelas capacidades funcionais e pelo limite de vida dos seres orgânicos provocando a diminuição da força física, mobilidade, equilíbrio e resistência, que pode desencadear diminuição da capacidade para realizar as atividades de vida diária.

Psicológica – referentes as capacidades comportamentais da pessoa para se adaptar ao meio. Outras doenças do foro psicológico, como a depressão favorecem a dependência em idades avançadas, uma vez que contribuem para o isolamento social e declínio cognitivo e funcional.

Estatuto do idoso cabo-verdiano

Segundo a Constituição da Republica, no artigo 77º (direito do idoso), os idosos dispõe da especial atenção da família, dos poderes públicos e também da sociedade;

Nomeadamente:

1. Os idosos têm direito a especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos.

2. Para garantir a proteção especial dos idosos e prevenir a sua exclusão social, incumbe aos poderes públicos, designadamente:

a) Promover as condições económicas, sociais e culturais que facilitem aos idosos a participação condigna na vida familiar e social;

b) Sensibilizar a sociedade e a família quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os idosos, fomentando e apoiando as respetivas organizações de solidariedade;

c) Garantir aos idosos prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitetónicas e outras no acesso a instalações públicas e a equipamentos.

Resolução nº49/2011 de 28 de Novembro- Carta da Política Nacional

A aprovação da Carta de Política para a Terceira Idade, é primeiro passo para articular o desenvolvimento integral dos direitos dos idosos em Cabo Verde. Deve reconhecer-se que os poderes públicos têm tido um forte impacto na sociedade com vista à criação de condições mínimas de existência aos idosos.

Disso são exemplos, o A Pensão dos Idosos e a Proteção na Velhice aumento da pensão social mínima e a instalação de lares de idosos em alguns municípios do país. Todavia, os investimentos são inequivocamente modestos no que tange à proteção integral à pessoa idosa.

Abaixo está um resumo do ponto número quatro que consta na Carta da Política Nacional para a Terceira Idade.

PARA UMA POLÍTICA NACIONAL PARA A TERCEITA IDADE

1. Fundamentos e princípios de base

- ✓ Respeito pela pessoa humana
- ✓ Solidariedade
- ✓ Sustentabilidade
- ✓ Acessibilidade
- ✓ Participação
- ✓ Cooperação e parceria

2. Eixos estratégicos e orientações

Eixo estratégico 1: Promover a proteção e inclusão social do idoso e a luta contra a pobreza.

1. Alargar e melhorar o sistema de proteção social no regime contributivo
2. Assegurar o acesso de todos os idosos em situação de vulnerabilidade social e económica à proteção social
3. Melhorar o acesso do idoso à assistência médica e medicamentosa
4. Prevenir e combater a pobreza através de medida de inclusão social
5. Promover respostas sociais de apoio ao idoso na família

Eixo estratégico 2: Promover uma intervenção mais integrada e articulada na implementação de Políticas sociais favoráveis a um envelhecimento digno.

1. Reforçar a coordenação das políticas e programas sectoriais com impacto na melhoria da situação dos idosos.
2. Responder de forma articulada as necessidades do idoso.

Eixo estratégico 3: Promover a integração dos idosos e sua participação ativa no processo de desenvolvimento do país.

1. Desenvolver programas que visem combater o isolamento do idoso.
2. Promover o reforço dos laços de solidariedade e respeito para com as pessoas idosas.
3. Promover a criação do Estatuto do Idoso.

4. Valorizar a experiência e a capacidade dos idosos.
5. Valorizar a participação dos idosos nas instâncias de decisão.

Implementação. Coordenação, seguimento e avaliação

A implementação do previsto na carta de Política para a Terceira Idade exige a congregação de esforços de toda a sociedade cabo-verdiana e dos atores sociais, em particular, cabendo ao Estado e aos poderes públicos promover os mecanismos necessários para a consecução dos objetivos pretendidos no quadro das políticas sociais.

Humanização

Para Nunes (2005) humanizar pode ser entendido como “tornar mais humano”, é “atender como cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda”

Segundo Teixeira (2005) “a palavra humanização une o coração de quem sofre ao coração de quem cuida. A cumplicidade gerada pelo desejo recíproco de conservar a vida faz nascer um sorriso que fica gravado no coração como uma impressão digital”.

Para Casate e Corrêa, (2011),

“humanização tem sido uma temática abordado constantemente, nos recentes debates sobre o contexto de saúde e nas recentes pesquisas da área da saúde, como tema relevante e como subsídio para a melhoria do cuidado e para a consolidação dos princípios e valores, sendo enfocada nos textos analisados desde um discurso que valoriza os aspetos emocionais e subjetivos do paciente até os aspetos que envolve alterações na gestão e nas práticas de saúde.”

Para Carvalho (2005), falar de humanização de cuidados, pensa-se num processo que facilite a pessoa frágil a partilhar as preocupações e auxilia-la a ultrapassar as dificuldades positivamente

Segundo Carvalho (2005), humanização dos cuidados em saúde prevê contemplar a essência do ser, o respeito à individualidade. O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, um cuidar que se vincula à perceção da pessoa na sua particularidade e na sua originalidade de ser

Par Padinha (2005), “humanizar os cuidados implica gestos de ternura, de intimidade de solicitude e de amparo. E uma troca, tanto verbal como não-verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónomo e evoluir para um melhor bem-estar físico e psicológico.

Para Corbani (2009)

“por conseguinte, prestar cuidado não é somente um procedimento técnico de enfermagem, no qual triunfa o aspeto técnico científico – embora este tenha um papel indispensável, mas é particularmente usar da minha humanidade para assistir o outro - como ser único, em sua dignidade. Logo, cuidar está apoiado na relação Eu-Tu, quando, então, o Tu é “visto” pela nossa consciência, expresso em nossa experiência e moldado em nossa prática. Isso é cuidar como quem cuida de fato, o que nos torna diferente dos robôs - afinal, esses não têm humanidade”.

Como enfatiza Bettinelli (2003), o processo de humanização, nas instituições hospitalares, pressupõe, em primeiro lugar, a percepção do significado da vida do ser humano, o que é uma tarefa difícil, pois envolve muitos fatores, além de princípios éticos, aspetos culturais, económicos, sociais e educacionais. Compreender a vida e decifrá-la é uma tarefa das mais difíceis, uma vez que a humanização precisa ser sentida e percebida.

O idoso e a hospitalização

O hospital em relação a hospitalização do idoso, aponta como uma estrutura que objetiva recuperar a saúde do idoso, que se constitui por normas, rotinas e regimentos padronizados, nem sempre flexíveis e com uma filosofia centrada na otimização das ações e resolubilidade na recuperação da saúde Carretta (2011).

Para Januzzi e Cintra (2005),

“a manifestação de doenças crônicas (como hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, artrites) e degenerativas (afeções cardiovasculares, acidente vascular encefálico, demências e afeções neoplásicas), entre outras, é frequente nos idosos e pode requerer intervenções custosas, além de técnicas complexas. Isto justifica, em parte, o elevado número de ocupação de leitos hospitalares pela população acima de 60 anos.”

Segundo Gallo (2001), os efeitos acumulativos do envelhecimento tornam-se mais perceptíveis com o passar dos anos. A patologia pode ser sobreposta, desde que haja um

bom acompanhamento e que o idoso tenha informações claras em relação ao seu estado de saúde.

A percepção das mudanças é necessária quando a avaliação da vulnerabilidade modula um fenômeno que pode não ser inevitável. É função dos enfermeiros lembrarem-se que um sorriso, um aceno com a cabeça, um toque no momento certo, o uso adequado do silêncio e da voz que facilitam a comunicação com o cliente e a tornam, sendo que são estes pequenos gestos que alteram a qualidade das relações.

Para Silva, (2002) “quando as pessoas estão doentes, fragilizadas, esperam que as possam ajudar a novamente fortalecer. É muito fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é termos a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele sintasse novamente forte.”

Cabete (2005) define o hospital como sendo “um local de expressão de sofrimento e de dor. A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva ao sentimento de isolamento, solidão e ansiedade”.

Assim sendo o enfermeiro está conveniente por desempenhar funções importantes nos cuidados de enfermagem perante aos Idosos dependentes e independentes, nesse contexto deve prestar cuidados aos idosos de forma a contribuir para a sua qualidade de vida tanto física como psicológica, dar-lhe instruções para se cuidar de si, avaliar os sinais maus tratos, prestar-lhe apoio ou ajudar-lhe a se inserir num sistema de apoio ao idoso.

Quando atender o idoso, o enfermeiro deve estar atento a uma serie de alterações que vão desde psicológicas, físicas passando também pelas sociais que os deixam mais frágeis que qualquer outro grupo etário. A equipa de enfermagem tem um papel de muita relevância com o idoso, pois acredita-se que através de uma relação de ajuda haja uma assistência humanizada e personalizada que garante o bem-estar físico e emocional

Para Nunes, (2005) em todo o internamento e em qualquer situação deve ser respeitada e preservada a dignidade do doente, assegurando a sua privacidade, intimidade e tranquilidade. As instalações devem estar adequadas a sua condição clinica e física e de acordo com a sua fragilidade.

Para Pomatti (2010), o idoso é apontado como um dos principais usuários da hospitalização, que pode ser considerada um fator de desestruturação ao idoso. Para o idoso suportar essa desestruturação é necessário uma dedicação por parte dos profissionais. É indispensável traçar um atendimento para que o paciente recupere-se tanto fisicamente

quanto emocionalmente. Por essa razão, o contato do idoso com a equipe de enfermagem tende a ser muito próximo e complexo.

Receios do Idoso Hospitalizado

Para Moniz (2003) a hospitalização representa, particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores as representações de saúde e de doença entre outros.

Para Groisman (2002), como agravante do problema surge a ideia de que a sociedade moderna e capitalista discriminaria os idosos, por não estarem mais inseridos na cadeia de produção.

Pimenta (2010), torna-se oportuno reconhecer que o maior receio do idoso não é, em geral, a morte, mas sim a possibilidade de dor física, incapacidade profissional e uma completa dependência econômica. O idoso, mais que o jovem, é admitido no hospital com grande receio de tudo, medo do ato cirúrgico, da anestesia geral e da mutilação. Tudo aumenta e perdura quando o idoso é esquecido ou abandonado.

Para Sales e Santos (2007), o agravante do receio da hospitalização é o alto grau de espoliação em que se encontravam os idosos quando admitidos no setor, pois a maioria apresenta lesões cutâneas, tais como úlceras de pressão de diferentes graus de evolução, deformidades estruturadas decorrentes de imobilidade, infecção urinária, desidratação, desnutrição e sujidades acumuladas em diferentes regiões do corpo.

Estas variedades de problemas dos clientes gera dependência da enfermagem para satisfação de suas necessidades humanas básicas, o que envergonha um pouco o cliente. Porém, é preciso esclarecer ao idoso, que é papel da equipe de Enfermagem resolver todos os problemas que dificultam sua recuperação.

Pimenta, (2010) o idoso, mais que a criança e o adulto, não tolera um período de hospitalização, portanto, ele já tem receios em relação a hospitalização, pois em ambiente adverso o idoso acaba por desenvolver uma crise depressiva, visto que diagnosticar e tratar uma depressão torna-se o primeiro passo para a melhora efetiva do idoso.

Para Milléo, (2013) depender dos outros é o principal receio na terceira fase da vida. Os idosos podem tentar camuflar certos sinais e é neste momento que as equipes de

enfermagem, juntamente com os familiares, devem estar alertas e preparadas para importantes mudanças na rotina.

Prochet (2012), afirma que na área da saúde, é bom salientar que todo profissional necessita ter como base de seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o cliente, com sua família ou com a equipe multidisciplinar. Essa relação aumentará a confiança do paciente-idoso e conseqüentemente diminuirá os seus receios perante a hospitalização.

A dimensão afetivo-expressiva, portanto, faz parte da ação terapêutica do cuidado e pode ser explicitada pela relação de confiança, no trato com carinho, no ser gentil, no demonstrar compreensão, conversar, tocar, falar, escutar, olhar, dar força, interessar-se, aconselhar e outros.

Interação dos Enfermeiros com o idoso hospitalizado e a família

Duarte (1996), deve-se levar em conta que cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. “Compreende-se que o processo de cuidar em enfermagem possibilita olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família”

Figueiredo (2007) para além da família, os amigos, os vizinhos e outros elementos da rede informal também colaboram na tarefa de cuidar de um idoso no seu meio. Todavia, o surgimento de certas incapacidades físicas e mentais em idades avançadas tem vindo a criar inquietação, por representar um cargo pesado para quem tem que prestar cuidados ao idoso.

Ainda salienta Bollander (1998), a família é o principal recurso de suporte social das pessoas idosas. Cerca de 94% das pessoas com idade superior a 65 anos têm membros da família vivos.

Hoje em dia as famílias estendem-se por três e quatro gerações. Embora algumas pessoas idosas vivam em casa dos filhos ou familiares, a maioria prefere viver nas suas próprias casas, isto permite-lhes manter a sua privacidade e um sentido de independência.

Giddens (2005), argumenta que:

“uma família é um grupo de pessoas diretamente unidas por conexões parentais, cujos membros mais velhos assumem a responsabilidade pelo cuidado das crianças. Laços de parentescos são conexões entre indivíduos estabelecidos tanto por casamento como por linhas de descendência, que

conectam parentes consanguíneos (mães, pais, irmãos...). O casamento pode ser definido por uma união sexual entre os adultos socialmente reconhecida e aprovada. Quando duas pessoas se casam, elas se tornam aparentadas, mas também o elo matrimonial conecta uma gama mais ampla de parentes.”

As famílias, ao identificarem a doença crônica do idoso, passam por diversas dificuldades, adaptam-se e vão tomando consciência da cronicidade da doença. Lembrando que esse processo está permeado de sentimentos de medo e insegurança.

Porém, a família e o idoso aprendem a conviver com a condição crônica e, nessa dinâmica, desenvolvem seus significados de cuidado a partir dessa interação entre o cotidiano de vida e seus atores sociais, os quais também são constituídos por suas histórias e valores culturais. Nesse contexto, estabelecem estratégias no cotidiano de cuidado ao idoso.

Para Carreira e Rodrigues (2006) na sociedade atual, a maioria das famílias, não atribuem todo o apoio que os idosos merecem, devido das condições que possuem, sabendo que, estes precisam trabalhar, para conseguirem encontrar uma forma de sobreviver.

Segundo Lancaster, (1999), a família como prestadora de cuidados coloca grandes exigências tanto o nível individual como familiar. Muitos são submetidos a *stresse* psicológico, físico e financeiro.

Conforme Lancaster (1999), nessa atitude de cuidar-se, o idoso e a família demonstram uma gama de conhecimentos que lhes permitem, muitas vezes, intervir quando apresentam algum problema de saúde, ou mesmo no seu tratamento referente à condição crônica, e ainda agir com o intuito de prevenir agravos à saúde.

Segundo Hanson (2005), o apoio e os cuidados dados por todos os membros de família são geralmente aglomerados sob o termo “prestação de cuidados pela família”. Um exame mais aprofundado revela, contudo, que um indivíduo assume a principal responsabilidade de prestar cuidados, e que geralmente são dados por um membro de cada vez.

A comunicação na humanização de cuidados

Freire (2004), *cit in* Orià (2004) o vocábulo comunicar deriva do latim *communicare* que significa “ colocar em comum”. A partir da origem da palavra compreendemos que a comunicação é a permuta compreensiva de significados medida por símbolos, existindo mutualidade na interpretação da mensagem.

A comunicação é um dos instrumentos indispensáveis no cuidado de enfermagem que avista uma melhor assistência ao utente que vivencia a ansiedade e o stress da hospitalização. Assim, a comunicação é indispensável para estabelecer uma boa relação entre o cuidador e o cuidado.

Para Orià (2004), o processo que engloba a comunicação exige uma grande eficácia para viabilizar uma assistência humanística e individualizada de acordo com as suas carências. Todavia, com os hábitos vividos diariamente e com os procedimentos técnicos realizados, desvalorizam as necessidades e a prestação de cuidados mais personalizados que quase pela comunicação com o utente.

Na ótica de Silva (2002), toda a comunicação tem duas vertentes. A primeira é o conteúdo, a informação que queremos divulgar, a segunda é o que sentimos enquanto comunicamos com a pessoa. Quanto mais conhecimento tivermos a cerca daquela pessoa e quanto maior for a capacidade de relacionarmos esse conhecimento, melhor será o nosso desempenho no aspeto da informação.

Por vezes o enfermeiro não tem consciência de que para comunicarmos não necessitamos de apenas palavras, toda a comunicação também se faz da comunicação não-verbal: os silêncios usados, a forma como acentuamos a voz, as posturas corporais e toque são exemplos de relacionamento interpessoal que complementam a comunicação verbal.

Segundo Silva (2002), para afirmarmos que a comunicação está a ser efetiva temos que ser coerentes e fazer com que a comunicação verbal e não-verbal se associem de forma apropriada e congruente. Assim deveríamos desejar um “ bom dia” com um sorriso no rosto, olhando o cliente e não desejando-lho com um ar de desprezo e quase por imposição.

Na perspetiva de Orià, (2004) para prestar cuidado humanizado e fundamental que os enfermeiros sejam bons ouvintes e bons comunicantes. É necessário que expressem um olhar atento, tocando e consolando o utente para que este se recupere a sua autoestima transmitindo segurança e proteção.

Para Pinto (1996), é fundamental que os enfermeiros preservem a relação empática assente na comunicação de forma a realizar um diagnóstico certo que lhes

proporciona os elementos necessários à elaboração de um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades do utente

A comunicação, atualmente, é tão importante como as competências técnicas adquiridas. A qualidade da comunicação influencia positivamente a qualidade da assistência terapêutica.

É função do enfermeiro lembrar-se que um sorriso, um aceno com a cabeça um toque no momento certo, o uso adequado do silêncio e da voz que facilitam a comunicação com o utente a tornam eficaz, sendo que são estes pequenos gestos que alteram a qualidade das relações.

Para Silva (2002), “quando as pessoas estão doentes, fragilizadas, esperam que as possamos ajudar a novamente se fortalecer. É simples fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é termos a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele sintam-se novamente forte”

Assim sendo, a nota que o enfermeiro deve passar é a de que, por ser humano, tem competências para estar com o outro e entendê-lo, trocando o melhor de si com o outro para que este possa fortalecer o que tem de melhor. Deve estar preocupado em “colocar em comum”, recuperando o significado da palavra “comunicação”.

Intervenções de Enfermagem na Área Geriatria

A enfermagem na área da geriatria concebe o agrupamento do conhecimento e da prática de enfermagem, provenientes da enfermagem. Como enfatiza Berger e Mailloux-Poirier (1995), tratar dos Idosos fez sempre parte das funções das Enfermeiras. Ajudar os Idosos nem sempre é tarefa repousante.

Todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a doença, a dor, a doença. Porém, ainda nenhuma delas conheceu a Velhice. Sendo que a equipa de enfermagem cuida do idoso em todos os níveis de prevenção, a começar da promoção da saúde até a reabilitação.

Para Cabete (2005), “a hospitalização representa, particularmente para os idosos, como termo de ameaça e um desafio que podem ser vividos de formas distintas, de acordo com fatores de natureza”. Centrando-se o estudo de internamento das pessoas idosas e considerando que atualmente, mais de metade das pessoas internadas nos serviços de medicina são os Idosos.

Pois, assim o profissional de saúde está conveniente por desempenhar funções importantes nos cuidados de enfermagem perante aos idosos dependentes e independentes, nesse contexto deve prestar cuidados aos idosos de forma a contribuir para a sua condição de vida tanto física como psicológica, dar-lhe instruções para se cuidar de si, avaliar os sinais maus tratos, prestar-lhe apoio ou ajudar-lhe a se inserir num sistema de apoio ao idoso.

Para Sales e Santos (2007), “existe um futuro promissor para o enfermeiro que quer caminhar na área gerontogeriatrica, desde que ele considere algumas vias, como”:

- Permita ao idoso melhorar ou manter o bem-estar e viver de maneira autónoma no seu domicílio;
- Participe da análise dos cuidados de saúde do idoso e ajude a elaborar estratégias adaptáveis a esse ser humano;
- Centre os cuidados não somente nas doenças, mas no idoso e em suas necessidades, desenvolva modelos de cuidados que atendam o idoso e a sua família; procure trabalhar em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar,
- Partilhar as responsabilidades;
- Promover os cuidados domiciliários, incluindo aí os familiares cuidadores; torne-se defensor dos direitos dos idosos;
- Ampliar cada vez mais os seus conhecimentos, não só em gerontogeriatrica, mas em diferentes domínios disciplinares.
- Nesta situação, o enfermeiro deve adotar o modelo holístico, tendo em conta a dimensão biológica, psicológica, social e cultural enfatizando conceitos como saúde, bem-estar e conforto, já que os cuidados de enfermagem geriátrico devem apoiar numa filosofia humanística. Portanto, resultante do processo do envelhecimento/doença, a dependência deve-se as doenças e outras causas de deficiência ou limitação, que tem aumentado nos últimos anos coloca alterações nas taxas de sobrevivência a certas doenças crónicas, estes levam a uma dependência nas atividades da vida diária nas pessoas Idosas.

O foco sobre este fenómeno na sociedade torna-se, portanto um desafio controlável para os profissionais de saúde com capacidade de garantir uma condição de vida melhor, promovendo o bem-estar de aliviar o sofrimento, e facilitar também a sua reintegração social.

CAPITULO II - FASE METODOLÓGICA

Metodologia

Num projeto de investigação, a fase metodológica também assume um papel bastante importante uma vez que a metodologia fornece ao investigador a estratégia que o encaminhará em todo o estudo.

Segundo Fortin (1999) “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, os conteúdos operacionais das variáveis, o ambiente onde se desenrola o estudo e a população”.

É de realçar também que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico proposta pelo Doutor Albertino Graça, no livro Introdução À Investigação Científica: Guia para investigar e redigir.

Tipo de estudo

Assim sendo, para a elaboração do trabalho, será utilizado a metodologia de investigação qualitativa, descritivo, de carácter fenomenológico, sendo que a população alvo são os enfermeiros que trabalham no Hospital Batista de Sousa nomeadamente nos serviços de Cirurgia, Medicina e Orto traumatologia onde se encontra idosos hospitalizados. Esse estudo pretende demonstrar e como os enfermeiros cuidam dos idosos e as suas principais preocupações quando prestam os cuidados.

Qualquer método de investigação comporta um certo número de tipos de investigação, e a escolha do tipo faz-se em função do objeto da investigação. Conforme os objetivos traçados e as características da investigação trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo, com intuito de descrever uma realidade que se pretende contextualizar no Hospital Dr. Baptista de Sousa.

As entrevistas permitiram o aprofundamento da perceção que os enfermeiros atribuem às suas ações e torna-se flexível porque o contacto claro permite a explicitação das perguntas e das respostas.

A população/Amostra

O público-alvo deste estudo são os enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa, que atuam nas enfermarias onde há pessoas idosa internado, mas precisamente no serviço de medicina, cirurgia e orto traumatologia.

A amostra compreende os 5 enfermeiros, do público-alvo do Hospital Baptista de Sousa nomeadamente das enfermarias de Cirurgia, Medicina e Orto traumatologia,

nomeadamente os que entregaram o consentimento informado para realização da entrevista, com o intuito de aplicar as entrevistas e analisar os cuidados de enfermagem ao idoso realçando o papel educacional do enfermeiro na relação ao idoso face a hospitalização.

Para Fortin (2009), a população consiste num conjunto de indivíduos ou objetos que possuem particularidades semelhantes, as quais foram definidas por normas.

Para isso os sujeitos para a investigação serão selecionados tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro há mais de 1 ano;
- Trabalhar com pessoas idosas;
- Ter mais de 25 Anos;
- Trabalhar no serviço de medicina, cirurgia ou orto traumatologia;
- Entregar o consentimento informado;
- Liberdade para colaborar no estudo;

Critérios de exclusão:

- Ser enfermeiro chefe;
- Trabalhar noutros serviços;
- Ser enfermeiro voluntaria;

O método instrumento de colheita de dados

Como instrumento de recolha de informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Planeou-se a recolha de dados por meio da elaboração de um guião que permitiu organizar o processo de interação com os participantes junto dos quais foram recolhidos os dados, que permitiram descrever as características da população e por um conjunto de outras questões formuladas com base na literatura consultada relativamente ao tema em estudo.

A entrevista sendo um método de recolha de dados, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação, e na perspetiva de Fortin (1999), “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabiliza entre o investigador e os entrevistados com o objetivo de obter dados relativos às questões de investigação.

Deste modo como todos os trabalhos de investigação tem que ter um método para a recolha de informações pertinentes para a elaboração do trabalho, sendo assim pretendo a elaboração de um guião de entrevista semiestruturada.

As entrevistas permitiram o aprofundamento da percepção que os enfermeiros atribuem às suas ações e torna-se flexível porque o contacto direto permite a explicitação das perguntas e das respostas.

O guião da entrevista foi elaborado com um total de dezasseis (17) questões, que se encontra disponível em anexo (cf. Anexo). Sendo que as primeiras quatro (6) questões são de natureza de caracterização demográfica, para que possamos conhecer a população alvo que participou neste estudo, as restantes questões foram desenvolvidas minuciosamente para tentar extrair a percepção que os enfermeiros têm sobre a própria profissão e a importância dos cuidados prestados a pessoa idosa hospitalizada.

Campo empírico

Esta investigação decorreu nas enfermarias de Cirurgia, Medicina e ortotraumatologia do HBS localizado na ilha de São Vicente, instituição público vocacionado para a prestação de cuidados de saúde de nível secundário e terciário.

Dispõem de serviços de especialidades tais como Gastroenterologia, Cardiologia, Hematologia Clínica, Hemodiálise, suportando o internamento para Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, enquanto não houver dimensão para a autonomia do internamento dessas especialidades, Obstetrícia-Ginecologia, Orto-traumatologia, Psiquiatria, Pediatria e Neonatologia.

Esta pesquisa teve início no mês de julho do ano corrente, depois de ser feito o reconhecimento do hospital constata-se que é provido de 15 serviços incluindo enfermarias, onde foram feitas as entrevistas.

A partir desse levantamento eram para ser feitas 10 entrevistas, na ideia inicial, não tendo sido possível, apenas conseguiu-se um total de 5 enfermeiros do HBS, devido a disponibilidade de alguns enfermeiros, também a recusa de participar do estudo e o tempo para terminar o trabalho.

Procedimentos éticos

Streubert e Carpenter (2002) “definiram consentimento informado de seguinte forma: “o consentimento informado significa que os indivíduos possuem informações adequados no que se refere a investigação; são capazes de compreender a informação.

E ainda Streubert e Carpenter (2002), no mínimo (o consentimento informado) exige que seja dado aos seres humanos informações verdadeiras e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participante na investigação

Durante da recolha dos dados procurou-se não interromper o trabalho dos profissionais em estudo, respeitando as normas e rotinas estabelecidas, adotando uma postura de tranquilidade, respeito e de colaboração para com todos os envolvidos no estudo.

Devido a questões postas pelos enfermeiros sobre a privacidade e a confidencialidade do estudo, procurou-se ao máximo salvaguardar a confidencialidade e o anonimato da pesquisa, sendo que os participantes desta pesquisa foram denominados com nomes fictícios (Enfº 1 até Enfº 5).

Na interpretação dos dados foram baralhadas e escolhidas aleatoriamente as entrevistas para a análise do conteúdo de forma a salvaguardar o anonimato da pesquisa.

Antes de se iniciar a seleção dos participantes foi pedida a autorização para a aplicação das entrevistas a direção do H.B.S. que foi aprovada pelo Comité de Ética do Hospital. (cf. Anexo 1)

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANALÍSE DE RESULTADOS

Análise de resultados e caracterização da amostra

Neste capítulo realiza-se a análise das entrevistas feitas aos enfermeiros do HBS, bem como a apresentação da amostra deste estudo. Foram elaboradas categorias para uma melhor interpretação dos dados. Esta entrevista está estruturada em 3 (três) categorias distintas, facilitando a exposição e interpretação dos resultados.

Cada uma dessas categorias apresenta as apreciações feitas pelos participantes, de forma os resultados mais importantes foram transcritos para o presente trabalho, salvaguardando o que foi escrito pelo entrevistado.

Categoria I - Caracterização da população amostra

Nesta categoria far-se-á a caracterização dos sujeitos que compõe a amostra e os dados referentes a avaliação da relação entre enfermeiro e o idoso face a hospitalização. Os participantes encontram-se identificados por ordem numérica (Enfº 1 até Enfº 5).

Tabela 1: Características da amostra

ID	Idade	Género	Habilitações académicas	Tempo de atividade profissional
Enfº 1	26 anos	F	Licenciado	2 anos
Enfº 2	40 anos	M	Licenciado	11 anos
Enfº 3	61 anos	F	Licenciado	31 anos
Enfº 4	46 anos	M	Licenciado	22 anos
Enfº 5	51 anos	F	Licenciado	29 anos

Nota: Enfº = Enfermeiro; M = Masculino; F = Feminino

Fonte: Elaboração própria

Categoria II – Humanização dos Cuidados de enfermagem a pessoa idosa

- **Noções dos enfermeiros sobre humanização dos cuidados**

Das interpretações dos dados realizados, seguindo os discursos dos participantes relacionado a noções dos enfermeiros sobre os cuidados humanizados à pessoa idosa, hospitalizada. Aqui como podemos ver esses enfermeiros explicaram os cuidados humanizados a pessoas idosas como é importante para o seu bem-estar.

Os enfermeiros mostram a necessidade de um cuidado humanizado visto que o idoso e um ser holísticos providos de sentimentos, com necessidades, ou seja o cuidado pressupõe uma relação de humildade visando o bem-estar do utente.

“ (...) É prestar o cuidado, visando o desenvolvimento e o bem-estar, ou seja procurando uma resposta confortada, de um processo de ajuda dirigido a experiencia de bem-estar do utente (...)” Enfº 4

“ (...) É prestar cuidados com humildade e consciência humana (...)” Enfº 2

“ (...) É o carinho e o prazer de cuidar da vida do próximo. O enfermeiro deve transmitir ao utente total satisfação “ (...) Enfº 5

“ (...) É colocar as pessoas como centro de atenção, de forma que os cuidados prestados sejam holísticos e de qualidade “ (...) Enfº 1

“ (...) é receber a pessoa com hospitalidade e ter uma atitude empático nas relações interpessoais” (...) Enfº 3.

Ao analisarmos a categoria “humanizar depende de cada um”, através da opinião dos entrevistados percebemos que sendo a humanização intrínseca à pessoa, esta é individual, logo, é diferente de enfermeiro para enfermeiro, mas onde todos têm a preocupação de prestar cuidados visando o bem-estar do utente

- **Apreciações dos enfermeiros sobre os cuidados humanizados ao idoso hospitalizado**

Nesta análise procurou-se identificar qual a percepção que os enfermeiros do HBS nos três serviços (Cirurgia, Medicina e Orto traumatologia) têm acerca dos cuidados humanizados prestados à pessoas idosa hospitalizado. Os idosos muitas vezes são pessoas

frágeis e sensíveis que necessitam muito da atenção e carinho dos profissionais. Onde mostra que os profissionais preocupam muito com os cuidados a prestarem aos idosos.

O idoso é também respeitado em suas especificidades, o que evidencia que os enfermeiros, de forma geral, estão atentos às características físicas, psicológicas e culturais próprias do envelhecimento, onde os enfermeiros têm atenção sobre a fragilidade as necessidades do idoso, onde mostrem serem capazes de ajudarem a minimizar o desconforto da hospitalização.

“ (...) É entender o idoso como uma pessoa complexa com uma história de vida única que merece respeito e atenção” (...) Enfº3.

“ (...) É prestar um cuidado holístico, ou seja, não é só tratar o problema que levou a hospitalizar, mas sim tratar o idoso como um todo tendo como base as necessidades humanas e as AVD's” (...) Enfº1.

“ (...) É assistir o idoso tendo em conta a sua idade e fragilidade de sua doença de uma forma mais atencioso e humana” (...) Enfº2.

“ (...) é ajudar as pessoas em todos os cuidados no hospital, e também aproveitar o máximo das suas capacidades atenuais qualquer que seja o seu estado de saúde” (...) Enfº4.

“ (...) É estar mais perto do doente, é perceber as reais dificuldades, ansiedades, crenças e daí saber tirar avaliações para a melhoria do paciente” (...) Enfº5.

- **Prestação de cuidados humanizados a pessoa idosa hospitalizada**

Nesta categoria pode-se verificar que de acordo com as informações dos entrevistados tiveram uma apreciação bastante negativa sobre assistência humanizada aos idosos hospitalizados, mostram que os profissionais não prestam cuidados humanizados, e falam sobre a falta de recursos humanos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

“ (...) Penso que mesmo o enfermeiro querendo, ainda não conseguiu, pois temos falta de recursos humanos, e isso é fundamental para tal cuidados, logo, os cuidados prestados ainda não alcançou a qualidade necessária, mas também penso que estamos a caminhar para isso” (...) Enfº1.

“ (...) Porque o pessoal de saúde, nomeadamente o enfermeiro por estar mais próximo do doente, tem que estar preparado para prestar bons cuidados ao utente” (...) Enfº5.

“ (...) Todos nos como profissionais de saúde temos a consciência que o idoso é uma pessoa que necessita muito de nos e que temos de ter em conta a sua idade e trata-lo com cuidado” (...) Enfº2.

“ (...) O idoso é uma pessoa especial independente de estar doente ou não, é uma pessoa frágil devido a idade tem de ser tratado com carinho” (...) Enfº4.

“ (...) Pelo que observo, tem-se valorizado cada vez mais a importância da humanização dos cuidados” (...) Enfº3.

- **Perceção dos enfermeiros sobre o estado de saúde do idoso hostilizado.**

Nesta categoria, mostra como os profissionais de saúde avaliam os idosos durante a hospitalização melhorando assim os cuidados prestados, onde mostram que o idoso como um ser holístico necessitam de atenção e uma melhor qualidade e serviço prestado.

Berguer (1995) Citado por Oliveira (2005) ...“ identifica sete estereótipos a respeito dos idosos: o idoso visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutivo, necessitado de ajuda, conservador, igual a todos os outros velhos e isolado (...)”

“ (...) O idoso é um ser holístico, com direito a ser respeitado, um ser vulnerável: Um ser holístico porque como qualquer pessoa temos de ver como um todo para prestar cuidados de qualidade, e para isso temos em primeiro lugar respeita-lo pois, só com o respeito e confiança que muitas vezes alcançamos os objetivos preferidos, é um ser vulnerável, pois, essa característica é própria do idoso, pelas alterações biológicas, fisiológicas e morfológicas do envelhecimento, e para oferecer ao idoso um cuidado humanizado temos que ter esses conceitos em mente” (...) Enfº1.

“ (...) O idoso é um ser com capacidades reduzidas, um ser com direito a se respeitado, um ser vulnerável, um ser com baixa autoestima, um ser totalmente dependente: Porque temos que respeitar o doente devido a sua identidade, ele já é um ser com uma certa fraqueza física e emocional” (...) Enfº2.

“ (...) O idoso é um ser holístico: Porque um ser holístico, como um todo, cada uma das partes encontram-se ligados com interações constantes” (...) Enfº5.

O idoso é um ser holístico, um ser racional, um ser com capacidades reduzidas, com direito a ser respeitado, um ser com múltiplas patologias: Porque ninguém envelhece da mesma maneira e as alterações causadas pelo envelhecimento, desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa. O envelhecimento trás consigo um declínio das funções

físicas, biológicas, psíquicas, por isso a importância de atender a pessoa como um ser único” (...) Enfº3.

“ (...) O idoso é um ser com capacidades reduzidas, um ser com direito a se respeitado, um ser vulnerável, um ser com baixa autoestima, um ser totalmente dependente: Porque devido a própria idade sente triste, devido a ausência da família, fica dependente dos enfermeiros mas sente vergonha ou inseguro para se ajudado” (...) Enfº4.

Nesta categoria percebeu-se que o entendimento sobre o cuidado efetivo envolveu o conhecimento que se deve ter do cliente em seu contexto social, bem como o atendimento de suas necessidades, extrapolando o cuidado técnico. O cuidado afetivo foi compreendido como aquele que requer o bem-estar e o autoconhecimento do enfermeiro, já que as condições pessoais dele influenciam na promoção da qualidade de vida.

Verifica-se que os enfermeiros dão grande importância as relações estabelecidas durante a prestação de cuidados, atendendo o idoso com respeito dignidade e tendo em conta as suas necessidades.

Categoria III - Interação dos profissionais com pessoas idosas hospitalizadas.

- **O diálogo entre enfermeiro-utente como instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado**

Nesta categoria procura-se conhecer a relação entre o enfermeiro e as pessoas idosas sendo que concluiu-se que todos os enfermeiros alvos desta investigação têm uma boa relação com esta faixa etária. Nos discursos relatam que é uma relação de respeito, amor, carinho e diálogo, confiança, espírito de interajuda.

Para os enfermeiros, a comunicação com o utente é considerada fundamental, não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas físicos, mas também para o desenvolvimento de uma interação terapêutica. Entender a comunicação humana como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência torna-se fundamental para o acontecimento desse processo.

“ (...) Porque há que haver sentimentos mútuos, elo de ligação entre ambos, espírito de interajuda e solidariedade” (...) Enfº5.

“ (...) O idoso sente confiante, mostra que sem a família estar presente temos de prestar cuidados para que sentem protegidos, confiante, para uma boa recuperação” (...) Enfº4.

“ (...) Através da comunicação que se estabelece com os utentes e familiares uma relação de ajuda que é uma parte integrante na humanização dos cuidados” (...) Enfº3

“ (...) Porque conversando com o utente conseguimos perceber melhor quais as suas necessidades, angústias e medos para melhor intervir, também esta relação ajuda o idoso, no sentido de não se sentir só, percebendo que tem uma pessoa por perto em que pode confiar, de forma a alcançar uma comunicação terapêutica” (...) Enfº1.

“ (...) Quando a certa comunicação entre o doente e o enfermeiro já se estabelece um “intimidade” mais aberta, facilitando o enfermeiro a prestar os cuidados ao doente com mais confiança para o doente e o enfermeiro” (...) Enfº2.

Neste contexto, a comunicação recebe destacada atenção, por ser instrumento básico da assistência efetiva, por meio das ações comunicativas que se estabelecem vínculos, relações solidárias concretas e cuidado individualizado e humanístico.

Assim, na interação com o utente, o enfermeiro deve considerar as dimensões verbal e não-verbal do processo de comunicação, utilizando estratégias tais como o uso de termos simples e de fácil compreensão para favorecer a clareza na transmissão de informações.

Onde mostra que os enfermeiros tem um boa interação com os utentes, valorizando assim a comunicação efetiva, onde a relação pode estabelecer um vínculo entre enfermeiro-utente melhorando assim a qualidade de cuidado prestados

- **Humanização dos cuidados e a qualidade de vida dos idosos hospitalizados**

Relativamente a opinião que os enfermeiros manifestaram durante as entrevistas, pôde-se constatar que todos preocupam com o bem-estar e com a qualidade de vida e entendem como um equilíbrio entre a saúde física, psicológica, social e espiritual do utente.

Berger (1995) afirma que todos os utentes têm necessidades de ser escutados, apresentando no entanto, o idoso, uma maior necessidade devido a sua vulnerabilidade. Mostra ainda que o enfermeiro é a única pessoa que pode responder a essa necessidade. Como pode constatar os respondentes mostraram algumas situações que levam a aproximar dos idosos nas suas unidades de trabalho dando ênfase a velhice, as necessidades inerentes tanto a velhice como a doença.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve manter a integralidade e autonomia do ser humano no atendimento das necessidades biopsicossociais, socioculturais e espirituais do idoso. Estimular o autocuidado, a autodeterminação e a independência, respeitando a cultura, valores e privacidade, visando a manutenção da capacidade e qualidade de vida.

“ (...) Sendo que a qualidade de vida é um bem físico, mental, espiritual, emocional e estar bem com o meio em que a pessoa esta inserido, ao prestar cuidados humanizados ao idoso hospitalizado estamos a contribuir para que ele alcance esse bem-estar” (...) Enfº1.

“ (...) Tratando um idoso com humildade ajuda na melhoria da sua doença e desperta nele um sentimento de auto estima” (...) Enfº2.

“ (...) Ao oferecer uma assistência global, oferece condições para aumento de qualidade de vida” (...) Enfº3.

“ (...) Prestando um cuidado no idoso sente recuperado e mostra que vai ter uma qualidade de vida diferente” (...) Enfº4.

“ (...) Porque com um o aumento da qualidade de vida e da sua expectativa faz com que a humanização do cuidado valorizando a autonomia do idoso” (...) Enfº5.

Os idosos apresentam essas mesmas necessidades, apenas diferenciando o modo de como se manifestam e a maneira de satisfazê-las, devido ao processo de envelhecimento e as alterações do organismo decorrentes do mesmo.

Por isso, o idoso pode apresentar perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, desorientação no tempo e no espaço, falta de interesse e motivação, necessitando de assistência qualificada, específica e adequada a essa demanda e os enfermeiros preocupam sempre em melhorar o conforto e o bem-estar dos idosos hospitalizados.

- **O que leva a prestar cuidados não humanizados**

Da análise feita referente a esse especto, o que leva os enfermeiros a prestar cuidados não humanizados, demostram como a falta de tempo, o stress, a falta de recursos humanos.

Como já foi referido neste estudo, entende-se por atendimento humanizado aquele que molda ao conhecimento empírico e o completa com aspetos sociais e relacionais, tendo em conta a assistência individualizada, considerando as características físicas, morais e

sociais do utente, pretendendo um contato mais próximo e menos mecanicista com o utente.

“ (...) O que leva a não humanização dos cuidados pode ser a falta de recursos humanos/enfermeiros, insatisfação com o trabalho, características próprios do enfermeiro” (...) Enfº1.

“ (...) A indiferença e a falta de respeito pela condição da pessoa” (...) Enfº3

“ (...) A falta de profissionalismo, falta de conhecimento, a parte humana que deve ter sempre em consideração” (...) Enfº5

Para prestação de cuidados humanizados associa-se algumas características fundamentais que o enfermeiro deve adquirir tratando o utente como um ser holístico com seus direitos e que precisa de cuidados de saúde.

De facto, para que o trabalho em equipa seja funcional deve ser “orientado em torno de projeto de cuidados ou de projeto de cuidar de uma pessoa, dirigidos aos doentes e aos seus próximos” (Hesbeen, 2003:71).

“ (...) O enfermeiro tem de ser simpático e humano porque esta a lidar com pessoas especiais que são os idosos precisam de grande atenção” (...) Enfº4.

“ (...) O enfermeiro tem que ter empenho, e tem que ter a capacidade de trabalhar com um equipe multidisciplinar, para trabalhar com um grupo muito vulnerável no caso dos idosos, onde precisam de um enfermeiro a toda a hora visto que falta uma entidade muito fundamental durante a hospitalização que é a sua família” (...) Enfº5.

“ (...) O enfermeiro tem que ser aberto, carinhoso, humilde, compreensivo com os utentes, tolerante e sábio” (...) Enfº2.

“ (...) O enfermeiro tem que ter comprometimento com a profissão, respeito, responsabilidade, sincero e uma certa simpatia com os idosos” (...) Enfº3.

“ (...) O enfermeiro tem que possuir potenciais teóricos, respeito ético e legal, motivação, saber trabalhar em equipa, humildade, empatia” (...) Enfº1.

O cuidar do idoso é encarado pelos profissionais como algo gratificante e satisfatório, pois, acreditam que com esse cuidado auxiliam na recuperação da saúde e salientam que os idosos são agradecidos, valorizam o trabalho da enfermagem.

O cuidar é um processo dinâmico, dependente da interação e das ações delineadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e sua família. Assim, pode-se dizer que os profissionais de enfermagem processam o cuidado de idosos hospitalizados baseados na forma como vivenciam e interpretam esse fenômeno socialmente e profissionalmente.

Nesta fase aponta a comunicação como instrumento para humanização do cuidado, à medida que possibilita a individualização da assistência e a prestação de cuidado multidimensional.

O processo de comunicação está inserido nas práticas de enfermagem, cabendo ao enfermeiro interpretar e entender as mensagens transmitidas pelos pacientes. Sendo assim, a comunicação permite ao enfermeiro traçar um plano de cuidados apropriado às necessidades individuais do paciente, constituindo ainda um modo de transmitir segurança, respeito, carinho.

Categoria IV- O desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados humanizados.

Nesta categoria mostra como todos os profissionais de saúde prestam de uma forma ou de outra bons cuidados aos idosos hospitalizados, respeitando os seus direitos, cuidando da sua saúde e bem-estar durante a hospitalização.

Os enfermeiros mostraram conscientes na questão de prioridades, na aproximação ao doente e estabelecer uma relação enfermeiro doente para poder verificar as necessidades de cada doente e atuar por prioridade respeitando as necessidades humanas fundamentais e o quadro clínico da pessoa, para poder estabelecer um bom plano de cuidado.

“ (...) Na medida das condições do serviço, tendo dar o melhor cuidando dos utentes de forma a satisfazer as necessidades dos mesmos, tendo sempre em conta que é um ser humano e tem de ser cuidada em todas as suas vertentes (físico, psicológico e social)” (...) Enfº1.

“ (...) Trabalhar com respeito, disponibilidade, sinceridade e empatia, para conquistar a confiança do idoso” (...) Enfº3.

“ (...) Tem que ter humildade, ser compreensivo com os utentes tolerantes, sabia e acima de tudo ser humilde na prestação de cuidados” (...) Enfº2.

“ (...) Durante a carreira ocorre várias situações de indiferença na prestação de cuidados e tem que estar atento para ajudar os utentes “ (...) Enfº4.

“ (...) Fazer com que os idosos ou outros utentes hospitalizados tenha uma melhor atenção sentindo-se confortáveis, confiantes e consequentemente uma melhor qualidade de vida” (...) Enfº5.

As interações e ações de cuidado devem estar fundamentadas em princípios bioéticos para a humanização da atenção à pessoa idosa hospitalizada. Neste sentido, o

princípio da autonomia precisa ser considerado para que o respeito à dignidade da pessoa humana, seus valores e opções possam ser ancorados e exercidos pelos profissionais.

Nesta categoria mostram-nos que os enfermeiros, mesmo na escassez de recursos conseguem prestar bons cuidados as pessoa idosas hospitalizadas, tendo em conta o seu estado de saúde e melhorando o seu bem-estar para melhorar a qualidade de vida.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve manter a integralidade e autonomia do ser humano no atendimento das necessidades biopsicossociais, socioculturais e espirituais do idoso. Estimular o autocuidado, a autodeterminação e a independência, respeitando a cultura, valores e privacidade, visando a manutenção da capacidade e qualidade de vida.

Discussão dos dados

Tendo em conta a análise dos resultados apresentados e descritos, pode-se dizer que foi positiva e que o objetivo geral e os objetivos específicos foram alcançados.

Respondendo à pergunta de partida: *Qual a percepção dos enfermeiros do HBS, nomeadamente das enfermarias Medicina, Cirurgia e orto traumatologia sobre os cuidados humanizados aos idosos hospitalizados?* De acordo com as informações colhidas junto dos enfermeiros constatou-se que todos têm uma boa percepção sobre os cuidados humanizados.

Relativamente ao objetivo geral *conhecer os cuidados de enfermagem prestados a pessoa idosas durante a hospitalização* e de realçar que foi alcançado, visto que os enfermeiros prestam bons cuidados, mesmo na falta de recursos tantos humanos com materiais, melhorando a qualidade de vida dos idosos.

Contudo o desafio da atenção ao idoso é incentivá-lo a ter um olhar diferenciado as suas limitações, não encarando como derrota e sim como desafio e assim, redescobrir alternativas do viver bem com qualidade de vida.

Outro fator importante englobando este aspeto vem do reconhecimento da sociedade das potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois as mesmas trazem consigo uma história de vida que não pode ser esquecida.

A função do profissional da saúde é trabalhar ao lado do idoso, no sentido de torná-lo o mais independente possível, considerando, que a volta ao lar, possivelmente, terá que proporcionar seu autocuidado.

Percebe-se que, ainda hoje, a prestação da assistência à saúde sofre influência nociva da crença de que o envelhecimento é um processo degenerativo, rotulando o idoso como um “adulto menos capaz”, conceito errôneo do envelhecimento o que compromete a assistência, porque sem o conhecimento real do processo dificulta a compreensão quando estes encontram institucionalizados. Mesmo desfrutando de boa saúde, os idosos devido ao processo de envelhecimento, tornam-se debilitados, assim, ficam dependentes e vulneráveis, principalmente pelo estado doente e por deparar com ambiente hostil.

Pois, o envelhecimento é acompanhado de mudanças anatômicas e funcionais não produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo. Porém, não podemos esquecer que o homem em desenvolvimento durante o ciclo da vida é um ser biopsicossocial, passível de influência do ambiente físico, político e cultural em que vive, o qual pode facilitar ou dificultar seu processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento, portanto, manifestando-se de forma variável e individual

É necessário ressaltar que o processo vai muito além das técnicas de enfermagem, que poderão ser usadas ou não para resolver o problema do utente, mas que, por si só, não o levam a amadurecer. O objetivo da assistência de enfermagem é ajudar os indivíduos e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva na sua saúde.

As dificuldades no cuidado ao idoso estão relacionadas às características do processo de envelhecimento, a hospitalização, ao abandono familiar, e ao sofrimento. E apesar das dificuldades relatadas, os enfermeiros encontram facilidades no cuidado pela maior compreensão e adesão ao tratamento, colaboração, confiança na equipe de enfermagem e quando há facilidade de relacionamento, os preâmbulos mencionados motivam e contribuem consideravelmente, no desempenho das atividades assistenciais e reconhecimento profissional.

O enfermeiro é o ser envolvido na promoção e participação do bem-estar e estar melhor do ser idoso, busca através desta relação o cuidado humanizado. Onde este é entendido como a ação intencionalmente orientada que, através da relação pessoa-pessoa, dá resposta a uma necessidade percebida almejando sempre proporcionar o bem-estar e de melhorar a qualidade de vida do idoso.

A realização deste trabalho partiu-se com o objetivo de observar a relação entre o enfermeiro e o idoso durante a hospitalização, no Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente, e também de realçar a importância dos cuidados de enfermagem para melhorar a qualidade de vida durante a recuperação.

A enfermagem humanística é um tipo de relação humana onde acontece uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra em uma situação de necessidade, a qual está dirigida intencionalmente para alcançar o bem-estar e o estar melhor. De acordo com esta visão, os elementos do cuidado é o ser humano, representado pelo utente e o enfermeiro, interligados numa transação intersubjetiva denominado diálogo vivido.

O idoso é um ser individual, com vivências próprias necessariamente relacionadas com outros seres humanos no tempo e no espaço. Um ser com potencial para desenvolver novas habilidades que necessita de um cuidado humanizado de sua família e da enfermagem para que possa parecer um individuo melhor mesmo na presença da doença.

O enfermeiro é o ser envolvido na promoção e participação do bem-estar e estar melhor do ser idoso e do ser família, busca através desta relação o cuidado humanizado. Onde este é entendido como a ação intencionalmente orientada que, através da relação pessoa-pessoa, dá resposta a uma necessidade percebida almejando sempre proporcionar o bem-estar e o estar melhor do ser humano.

Diante do apresentado vê-se que é de suma importância que os enfermeiros estejam preparados para atender as demandas de cuidados da população idosa que não para de crescer. Destaca-se a necessidade de um olhar atento sobre a família que cuida, pois esta muitas vezes também está fragilizada.

O processo do cuidado deve ser feito de forma humana e integral, visando o bem-estar e para melhorar a autonomia e independência do idoso. Esta forma de cuidar estando mais próximo do outro não necessita despender de muito tempo, basta que o enfermeiro se proponha a ser uma presença autêntica com o ser que cuida, no tempo e no espaço vivido.

O profissional de enfermagem, utilizando uma abordagem holística, ao cuidar do idoso, considera a especificidade e a multidimensionalidade do utente.

Desse modo, compete ao enfermeiro que trabalha com esse público capacitar-se devidamente sobre o processo de envelhecimento, e estar ciente de que a velhice é heterogênea, e cada residente deve ter a sua particularidade respeitada.

Sabendo disso, os enfermeiros estarão aptos para exercer suas ações específicas, voltadas para um cuidado, o mais integral possível, das necessidades dos idosos, por meio de uma assistência humanizada e acolhedora, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso hospitalizado.

Desta forma pode dizer-se que os enfermeiros, conseguem dar respostas as necessidades do idoso hospitalizado, tratando como um ser holístico, que ainda possui os seus direitos, para melhorar a qualidade de vida e para melhor recuperação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário repensar a concepção do que é velhice, cuidado prestado à velhice e os conceitos que orientam e preparam cuidadores de idosos ou a formação de outros profissionais da saúde.

Ao desenvolver uma intervenção que cuide do idoso e o mantenha na comunidade e na família, assumindo isso como um recurso terapêutico, o investimento deve se destinar a fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença e não de normalização do social.

Esta é a fronteira entre o mandato terapêutico e o mandato social de exclusão observa-se a necessidade urgente de se elaborar programas educativos para os trabalhadores de saúde, pois novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, em particular o cuidado gerontológico.

Na qualidade de sua significância na saúde pública mundial, requerendo, para tanto, diferentes competências profissionais para responder essa demanda, propondo transformações e desafios necessários a serem enfrentados por quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da vida individual e coletiva.

No processo de hospitalização do idoso, a participação dos familiares durante a prestação de cuidado, não devem ser vistos como uma regra e responsabilidades ou como complementação de recursos humanos para a assistência de enfermagem. A motivação e os aspectos estruturais e afetivos da família precisam ser respeitados, bem como os aspectos de competência e limites de atuação, que são insignificantes e inexatos.

O profissional de enfermagem é que mais acompanha o doente no contexto hospitalar, por isso conhecer os comportamentos dos enfermeiros avaliados como positivos e negativos pelos usuários idosos é uma forma de criar indicadores para a melhoria dos cuidados de enfermagem e também os cuidados de saúde em contexto hospitalar.

Em virtude do crescente número de idosos no contexto populacional, ocorre um aumento da demanda por serviços de saúde, pois este aspecto de transição demográfica é acompanhado pela transição epidemiológica, onde permanecem e prevalecem as doenças crônicas, com baixo índice de letalidade, mas com alto grau de incapacitação.

A interação entre enfermeiros e pacientes muito idosos no ambiente hospitalar, ganha um impacto porque os idosos constituem os principais utentes desse serviço de

saúde e os enfermeiros são os profissionais mais presentes e confiáveis no ambiente hospitalar.

Cuidar é referido como uma capacidade do humano, relacionado a uma atitude diante da vida, diante do outro, do social, do ambiente. Uma atitude que depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro.

Uma dimensão de cuidado é oferecer um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do paciente. O cuidado social, que é colocado como referência central de uma atitude diante da vida, este inserido em um movimento mais amplo de reformulação social necessário para o acolhimento da velhice.

O modo de envelhecimento é natural no ciclo de vida do ser humano, pois cada um de nós começa a envelhecer antes mesmo de nascer e continuará envelhecendo durante toda a existência.

Falar sobre a humanização de cuidados traduziu-se num, desafio complicado mas bastante gratificante e motivador na medida em que por muitos revisão teórica que se faça e por muitas informação que se divulgue a humanização de cuidados não é algo fácil ao homem, é algo que se vai cultivando ao longo da vida e das experiências vivenciadas. É importante insistir no destaque que deve ser dado a esta área.

Assim conclui que os profissionais entrevistados, numa dialética concepção do cuidado humanizado, por sensibilidade, intuição talvez, compreendem que o cuidado humanizado pode ser como unificador, um cuidado com amor, carinho, respeito, dignidade e por pensar em colocar no lugar do outro.

Como um cuidado que não somente realiza as técnicas de enfermagem, mas dignifica o ser cuidado. Sendo que verificamos que na prática eles não executam propriamente esse cuidado devido a vários fatores, por exemplo a falta de recursos humanos.

Por que assim respeita-se, admite-se o ser humano como ser vivente, que tem muitas necessidades, onde tem sede do calor de quem cuida para manter suas necessidades vitais, e assim curar-se.

Enquanto cuidamos, somos cuidados interiormente. Portanto a luta por não mais só se falar, ou se ter uma visão humanizada, mas sim onde possuir e exercer na realidade o cuidado humanizado.

Propostas

Na minha opinião o trabalho deu respostas aos objetivos propostos, visto que os enfermeiros mostram capazes de dar respostas face a necessidades do idoso hospitalizado, esse trabalho contribui muito a nível do meu conhecimento em relação a população idosa.

A população idosa, é uma classe muito frágil, devido a vários problemas, principalmente a nível de saúde, por isso quando estão hospitalizado, que nessa fase estão frágeis, devemos dar-lhes melhor atenção para melhorar a qualidade de vida para que eles na se sintam abandonados.

- ✓ Aumentar o número de enfermeiros nas enfermarias;
- ✓ Fazer com que aumentam as visitas aos utentes idosos, visto que eles precisam muito da companhia de familiares;
- ✓ Aumentar o tempo estimado para visitas, sem por em causa o bom funcionamento do estabelecimento;
- ✓ Desenvolver programas educacionais, para os familiares, principalmente sobre a questão do abandono, a solidão;
- ✓ Devido a falta de recursos humanos, normalmente de enfermeiros, fazer com que o idoso tenha sempre um familiar presente durante a sua hospitalização, para que o idoso na se sinta abandonado;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altschul, A. (2013) “*Psicologia na Enfermagem*”: Manuais de Enfermagem. Publicações Europa-América, Lda.
- Amorim, F, R, P.; Polak, J, H. (2012); *Uma Avaliação Sobre as Condições Atuais e o Papel da Enfermagem com a Saúde do Idoso*. Proficiência.
- Berger, L e Mailloux-Poirier, D. (1995). “ *Pessoas Idosas*”: Uma Abordagem Global. Lisboa: Lusodidacta.
- Bettinelli, L, A; Waskievicz, Josemara, E, A. L. (2003). *Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. O mundo da saúde*. São Paulo
- Bollander, V, B, (1998). “- *Enfermagem Fundamental*”: Abordagem psicofisiológica. 1ª edição Lisboa: Lusodidacta.
- Boletim Oficial de Saúde (2011). República de Cabo Verde. Assembleia Nacional.
- Cabete, D, G. (2005). “ *O Idoso, a Doença e o Hospital*” -O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional das Pessoas Idosas. Loures.
- Campos, C. (2004). “*Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde*” Brasília.
- Carretta, M, B; Bettinelli, L, A; Erdmann, A, L. (2011) *Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado*, Brasília.
- Carreira, Lígia, Rodrigues, R, A, P. (2006). “*Estratégias da Família Utilizadas no cuidado ao Idoso com condição crónica*” [online]: <file:///C:/Users/va/Downloads/5177-15407-1-PB.pdf>- acedido em 12/03/16.
- Carvalho, A., Pinho, M., Matsuda, L., Scochi, M. (2005). *Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária*. 2º seminário nacional estado e políticas sociais do Brasil. Unioeste-Campus de Cascavel;
- Casate, J. C. Corrêa, Adriana K. (2012). *A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação*.
- Corbani, N. Maria de Souza; Brêtas, Passarela, A. C; Matheus, M, C, C. (2009). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?* Brasília.
- Duarte, Y.A.O. (1996) – “*Princípios de assistência de enfermagem gerontológica*. In: Papaléo Netto M. “*Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*”. Rio de Janeiro.
- Fernandes, A, A (1997) – *Velhice e sociedade*. Oeiras, Celta editora;

- Ferreira, P, L; Rodrigues, R; Nogueira, D; (2006) - *Avaliação multidimensional em idosos*. 1º Edição, Mar de palavras edições lda.
- Ferreira, O, G, L; Maciel, S, C; Silva, A, O; Santos, W, S ; Moreira, M, A. Silva P. (2010) *O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes*. USP São Paulo.
- Figueiredo, D (2007) – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1º Edição, Lisboa;
- Fortin, M. (1999). *Processo de investigação: da concepção a realização*. Loures: Lusociência.
- Freire, F, M (2004) – *Osteoporos*. Artigo de atualização Goiânia.
- Gallo, J.; Whitehead, J. B.; Rabins, P. V.; Silliman, R. A.; Murphy, J. B. Reichel Assistência ao Idoso – *Aspetos clínicos do Envelhecimento*.
- Geib, L, Teresinha C. (2003). *Sono e envelhecimento*, Rio Grande do Sul.
- Graça, A., (2014), *Introdução à Investigação Científica. Guia para Investigar e Redigir*. Compilação de Albertino Graça. Edição da Universidade do Mindelo.
- Groisman, D. (2002) *A velhice, entre o normal e o patológico*. História, Ciências, Saúde.
- Giddens, Anthony. (2005). “*Sociologia*”, 4ª edição, Artemed, Porto Alegre.
- Hanson, S, M, H. (2005). “*Enfermagem de Cuidados de saúde á Família. Teoria, prática e Investigação*”. 2ª Edição: Philadelphia, Pensilvânia, USA. Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência.
- Lancaster, S. (1999). “*Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*” Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda. Rua Dário Cannas, Loures.
- Machado, L.; Queiroz, Z. V. (2006). “*Negligência e maus tratos*” In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Milléo, A (2013). *Autonomia na medida*. Gazeta do Povo, Maringá,
- Moníz, J, M, N. (2003). “*A enfermagem e a pessoa Idosa- a prática de cuidados como experiência formativa*”, Lusociência -Edições Técnicas e científicas, Lda.
- Moura, C. (2006) – *séc. XXI – seculo do envelhecimento*. 1º Edição, Lusociência;

- Nunes, L., Amaral, M., Goncalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários a análise de casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia de envelhecimento*. LivPsic Psicologia, Porto;
- OMS - Organização Mundial Da Saúde (2002) – “*Relatório mundial sobre violência e saúde*.” Geneva
- Orià, M., Moraes, L., Victor, J. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista eletrônica de enfermagem. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. (Em 31/01/2016)
- Padinha, T. (2005). *Perspetivas do outro na relação terapêutica*. Faculdade de Filosofia de Braga;
- Pimenta, L G (2010). *princípios de cirurgia geriátrica*. Academia de Medicina do Mato Grosso, Cuiabá MT,.
- Pinto, F, (1996)- *Humanização e qualidade de vida*. Revista servir.
- Pomatti, G (2010). *Vulnerabilidade e autonomia do idoso durante a hospitalização*. XXII Mostra de Iniciação Científica, Universidade de Passo Fundo,
- Prochet, T C; Silva, M J P; Ferreira, D M; Evangelista, V C. (2012). *Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira*. São Paulo.
- Sales, F, M; Santos, I (2007). *Perfil de idoso hospitalizado e nível de dependência de cuidados de Enfermagem: Identificação de necessidades*. Florianópolis.
- Silva, M. (2002). *O papel da comunicação da atenção à saúde*. Revista Bioética,
- Streubert e Carpenter (2002), – *Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando - O Imperativo Humanista*, 2º edição. Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda
- Teixeira, I. N. D. A. O. Neri, A. L; (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida*. Psicologia USP.
- Teixeira, M. (2005). *Os enfermeiros e humanização- que conceito?* Revista Sinais Vitais.
- Vieira, E. B. (1996) – *Manual de Gerontologia*. Rio de janeiro, Revinter.

▪ **Legislação consultada:**

- ✓ Boletim Oficial. I Série, nº38, resolução nº49/2011 de 28 de Novembro
- ✓ Constituição da República de Cabo Verde— 2007 (10/2007 de 20 de Março alterada pelo decreto-lei nº 47/2007 de 10 de Dezembro).

SITES CONSULTADOS

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

ÍNDICE DOS APÊNDICE E ANEXOS

Apêndice 1 - Pedidos de Consentimento

Apêndice 2 – Guião de entrevista

Apêndice 3 - Consentimento informado

Anexo 4 - Direito do doente internado

APÊNDICE 1 - PEDIDOS DE CONSENTIMENTO

*A S.E. para a decisão
agitar. 01/04/16
A Comissão de ética para fornecer*

Exma.: Sra. Diretora do Hospital Batista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 31 de Março de 2016

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações

Revanildo Delgado Ramos, aluno nº2915 do 4º ano do curso de licenciatura de Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu trabalho de conclusão de curso/monografia vem por essa via solicitar a autorização para recolha de informações juntos aos enfermeiros que trabalham no Hospital Batista de Sousa sobre o tema é a humanização dos cuidados de enfermagem a pessoa idosa hospitalizada.

O trabalho tem como objetivo geral citar os cuidados de enfermagem prestados a pessoa idosas hospitalizadas.

Objetivos específicos:

- ✓ Compreender a qualidade dos serviços prestados a pessoa idosa hospitalizada;
- ✓ Identificar as necessidades do idoso face a hospitalização como métodos e estratégias para humanizar os cuidados a pessoa idosa hospitalizada;
- ✓ Citar a interação entre os enfermeiros e os idosos face a sua hospitalização;

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feito mediante aplicação de uma entrevista devidamente validado para o efeito.

O trabalho assegurará os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

O requerente

Revanildo Delgado Ramos

/Revanildo Delgado Ramos/

Docente:

gericia Duarte

Conte: 9721906

Correio eletrónico: vannyrmos13@gmail.com

*Autorizado pela
Comissão de ética
5/04/2016*

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº *417 - 2.1.4.16*
O Funcionário
Hamorice

APÊNDICE 2 - GUIÃO DE ENTREVISTAS

Enf 3

UNIVERSIDADE DO MINDELO
Sapientia Ars Vivendi
Departamento de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem
Ano Lectivo de 2015/16

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS

A. Caracterização geral

1. Sexo: Feminino ☒ Masculino ☐

2. Idade: 61 anos

3. Habilitações académicas: Licenciado ☒ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outro ☐

4. Tempo de atividade profissional: 31 anos

5. Tempo de atividade profissional no serviço: 9 anos

6. Tem alguma formação na área da gerontologia: Sim ☐ Não ☒

B. Conceitos

7. O que entende por humanização de cuidados?

É ter a pessoa no centro de
atenção, receber com hospitalidade
de e ter uma atitude empática
nas relações interpessoais.

8. O que é para si dar assistência humanizada em enfermagem ao idoso hospitalizado?

Entende o idoso como uma
pessoa complexa com uma história
de vida único que merece respeito
e atenção.

9. Na sua opinião, assiste-se atualmente a uma prestação de cuidados não humanizados ao idoso hospitalizado.

Sim ☐ Não ☒

Justifique:

Porque pelo que observo, tem-se valorizado
cada vez mais a importância da humanização
dos cuidados.

Porque pelo que observo, tem-se valorizado cada vez
mais a importância da humanização dos cuidados.

10. Quais as características que associa ao idoso? ^{VR}

- a) _____
- b) _____
- c) _____

11. Quais as preocupações que afetam mais o idoso hospitalizado?

- a) Autonomia
- b) demencia
- c) monte

12. Para cuidar do idosos hospitalizado e necessário considera-lo...

(coloque um X na (s) afirmação (ões) que considera correta (s)):

- a) Um ser holístico ☒
- b) Um ser racional ☒
- c) Um ser com capacidades reduzidas ☒
- d) Um ser com direito a ser respeitado ☒
- e) Um ser vulnerável _____
- f) Um ser com múltiplas patologias ☒
- g) Um ser que depende das decisões de enfermagem _____
- h) Um ser com baixa autoestima _____
- i) Um ser totalmente dependente _____

Porque? Ninguém envelhece da mesma

maneira e as alterações causadas pelo
envelhecimento, desenvolvem-se a um ritmo
diferente para cada pessoa. O envelhecimento
traz consigo um declínio das funções físicas, biológicas
psíquicas, etc. Por isso a importância de atender a pessoa
como ser único.

13. Sendo a pessoa o centro da ação de enfermagem e o diálogo um meio

para confiança, considera a relação entre enfermeiro-utente um instrumento principal para a humanização de cuidados ao idoso hospitalizado?

Sim ☒ Não _____

Porque:

Através da comunicação que se
estabelece com os utentes e familiares, uma
relação de ajuda que é uma parte integrante
na humanização dos cuidados

APÊNDICE 3- CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de conclusão de curso de Licenciatura em Enfermagem, ministrada na universidade do Mindelo, onde esta sendo desenvolvido o meu trabalho final de curso, onde gostaria de convida-lo(a) a participar de uma entrevista, cujo tema é “ *Humanização dos cuidados de enfermagem a pessoa idosa hospitalizada*”

Salienta-se salvaguardar-se a confidencialidade, através do anonimato, onde nenhum elemento será colocado no trabalho que o identifique.

O trabalho tem como objetivo conhecer os cuidados de enfermagem prestados a pessoa idosas durante a hospitalização.

As informações recolhidas, servem somente para fins académicos.

Não é obrigatório responder a entrevista podendo desistir a qualquer momento.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Mindelo, ____ de _____ 2016

Aluno

/Revanildo Delgado Ramos/

ANEXO 4- DIREITOS DO DOENTE INTERNADO

Direitos do doente internado

Como já foi anteriormente referido, os cidadãos internados não devem ser considerados apenas sob o ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade. Existem aspetos, como a dignidade, que devem ser protegidos e definidos. A humanização dos cuidados de enfermagem nasce também pelo respeito dos direitos dos doentes.

Visto isto, todos os estabelecimentos de saúde devem velar por uma boa aplicação dos direitos descritos no seguimento deste subcapítulo e devem proteger princípios como o respeito pela sua liberdade individual e autonomia.

1º “O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana (Nunes et al, 2005).”

Em todo o internamento e em qualquer situação deve ser respeitada e preservada a dignidade do doente a sua privacidade, intimidade e tranquilidade. O utente deve estar esclarecido sobre o nome e profissão de qualquer elemento da instituição, logo, o pessoal devesa estar corretamente identificado. As instalações e equipamentos utilizados pelo doente devem estar adequados a sua condição clínica e física e de acordo com a sua fragilidade (Nunes et al, 2005).

2º “O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas”

Devem ser honradas todas as crenças culturais, religiosas, filosóficas e orientação sexual do doente internado por todos os profissionais de saúde pois cada um é único e singular. Todos os utentes têm direito de receber assistência religiosa sempre que pretenderem (Nunes et al, 2005).

Todas as convicções devem ser igualmente tidas em conta quer nos aspetos terapêuticos (por exemplo, a doação de órgãos que é proibida pelos jeováas assim como transfusões sanguíneas). Não é permitido em qualquer situação que o profissional de saúde tente convencer o utente a converter as suas ideias ou crenças (Nunes et al, 2005).

3º O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos (Nunes et al, 2005).

O doente internado tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil.

Os cuidados apropriados dizem respeito a todos os níveis de prevenção, incluindo também a reabilitação que deve começar o mais precocemente possível.

A qualidade dos cuidados, tendo em conta o contexto nacional, é um direito que assiste ao doente internado.

Todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos.

Os cuidados terminais, além da sua especificidade técnico-científica, precisam integrar uma componente sócio-afectiva especial que deve ser assegurada por todo o pessoal atendendo ao respeito por esta fase da vida. O acompanhamento deve ser integral e, por isso contemplar a dimensão espiritual.

Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas (Nunes et al, 2005).

4º O doente internado tem direito à continuidade de cuidados (Nunes et al, 2005).

Dada a importância da continuidade dos cuidados o doente tem direito a que o hospital e a equipa do centro de saúde assegurem, antes da alta hospitalar, a continuação dos cuidados.

Assim, a avaliação da situação social e financeira do doente bem como a articulação com os outros serviços de saúde, Segurança Social, Organizações Não Governamentais e Instituições Privadas de Solidariedade Social, terão que ser realizados antes da alta.

A preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio-económica (nomeadamente a habitacional e familiar) tomam-se as medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social.

O doente e os seus familiares têm direito a serem avisados das razões da mudança do doente de um nível técnico de cuidados para outro e a ser informados de que a continuidade e a qualidade dos cuidados ficam, no entanto, garantidas.

Devem ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa.

É desejável que, segundo a situação do doente e os condicionalismos do serviço, se inclui na equipa prestadora de cuidados, ainda durante o internamento, um parente ou qualquer pessoa da escolha do doente, que receberá a formação adequada para prestar os cuidados básicos no domicílio (Nunes et al, 2005).

5º O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados (Nunes et al, 2005).

Deve ser informado ao doente internado sobre os diferentes serviços existentes no estabelecimento, incluindo aqueles não diretamente relacionados com a prestação de cuidados, como por exemplo - sala do utente, correio, banco, cafetaria, serviços religiosos e voluntariado.

A marcação interna deve ser suficientemente clara para que o doente possa deslocar-se com facilidade dentro do hospital. O tamanho, as cores, e o tipo das letras deverão ser cuidadosamente estudados.

Deverá ser entregue ao doente na altura da sua admissão ou, preferencialmente, antes da mesma um livro de acolhimento. Neste livro deverão constar (entre outros) o horário das refeições, das visitas, visitas de crianças, uso de tabaco, correios, uso de telefones, flores, cabeleireiro, quiosque / bazar, banco, serviços religiosos, serviço de voluntariado.

Em alguns setores poderão existir folhetos específicos. O tamanho, as cores, e o tipo das letras deverão ser percetivas para os doentes.

Deverão ser preparadas formas alternativas para a transmissão da informação contida nestes manuais designadamente para pessoas com deficiência visual, iletrados ou com dificuldades linguísticas.

Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes.

Tem que ser dada informação sobre os grupos de doentes portadores das diversas patologias que os poderão ajudar posteriormente (Nunes et al, 2005).

6º O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde (Nunes et al, 2005).

O doente internado será claramente informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efetuar, riscos e eventuais tratamentos alternativos.

O doente tem direito, se assim o desejar, não ser revelado sobre o seu estado de saúde, podendo, nesse caso, indicar quem pode receber a informação em seu lugar devendo este facto ficar registado no processo clínico.

Uma situação grave deve ser revelada com circunspeção e os familiares devem ser prevenidos, exceto se o doente, previamente, o tiver proibido, manifestando a sua vontade por escrito.

As informações deverão ser dadas da maneira mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade atendendo a que esta informação determina muitas vezes o futuro do indivíduo e da família.

Esta informação é uma condição essencial para o paciente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, para associar às medidas terapêuticas e de reabilitação que venham a ser recomendadas, ou para pedir uma segunda opinião.

A informação permitirá, ainda, ao doente participar desde a escolha das terapêuticas que lhe dizem respeito, até à escolha da roupa e objetos de uso pessoal.

Os menores devem ser informados, a medida do possível, dos atos ou exames necessários ao seu estado de saúde, em serviço da sua idade e capacidade de compreensão, com prévia e indispensável informação aos seus representantes legais, que darão ou não o seu consentimento.

Os adultos legalmente "incapazes" ou os seus representantes legais devem beneficiar de uma informação apropriada.

Devem ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis (Nunes et al, 2005).

7º O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica (Nunes et al, 2005).

O doente internado tem direito a obter o diagnóstico de um outro médico da mesma especialidade, o que lhe permitirá complementar a informação sobre o seu estado de saúde ou sobre tratamentos, dando-lhe possibilidade de decidir de forma mais esclarecida.

O exercício deste direito, no entanto, deverá ficar restrito aos casos graves ou aos de cirurgia eletiva para se obter um benefício real.

Este direito do doente internado está sujeito às restrições que decorrem da sua situação de internamento e aos recursos existentes nesse estabelecimento. Nestas situações deverá constar no processo clínico do doente a impossibilidade de respeitar este direito.

Não estando este direito consignado em textos legais é, no entanto, mais fácil de ser cumprido no meio hospitalar onde existem muitos e diferentes profissionais.

O doente tem, no entanto, o direito de recorrer a um profissional externo ao estabelecimento, mas, neste caso, deverá assegurar o pagamento dos respetivos honorários (Nunes et al, 2005).

8º O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino (Nunes et al, 2005).

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido a informação deverá ser objetiva, clara e comunicado num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Os profissionais deverão assegurar-se que a informação foi compreendida.

O consentimento bem esclarecido ficará registado em ficha adequada, devendo ser renovado para cada ato clínico posterior sendo revogável em qualquer momento. O mesmo se aplica à participação do doente em investigação, ensaios clínicos ou ensino clínico. O doente pode sempre recusar os cuidados que lhe são propostos.

O consentimento pode, ainda, ser presumido em situações de emergência.

No que diz respeito a menores de idade que não podem tomar decisões graves, compete aos seus representantes legais expressar o seu consentimento.

Quando a saúde ou integridade física de um menor possa ficar comprometida pela recusa do seu representante legal ou pela impossibilidade de obter o seu consentimento, o

médico responsável deve, ao abrigo das disposições legais, prestar os cuidados necessários, desencadeando através do Tribunal, o processo de retirada provisória do poder paternal.

Nos casos em que, face à idade e grau de maturidade do menor, é possível obter a sua opinião, esta deve, a medida do possível, ser tida em consideração.

O médico deve ter, também, em consideração a opinião dos adultos legalmente "incapazes", para além da dos seus representantes legais.

No que confere a doação de órgãos e aplicação de elementos e produtos do corpo humano, da reprodução assistida e do diagnóstico pré-natal, o consentimento rege-se pela legislação em vigor. A colheita, em pessoas vivas, de órgãos, tecidos e produtos humanos não pode ser realizada sem consentimento prévio do dador, em que este consentimento é revogável em qualquer momento e sem justificação.

Os menores e adultos legalmente incapazes só poderão ser dadores de substâncias regeneráveis. Nestes casos o consentimento deve ser prestado pelos pais ou representantes legais, carecendo também da concordância do próprio quando este tenha capacidade de entendimento e de manifestação de vontade.

A colheita em adultos incapazes por anomalia psíquica só pode ser realizada, se houver autorização judicial para o efeito.

O rastreio do VIH só é obrigatório em certos casos (doação de sangue, tecidos, células e, nomeadamente, de espermatozoides e leite). Em todos os outros casos é necessário um consentimento prévio claramente expresso. Nenhum rastreio pode ser feito sem o conhecimento do doente, sob pena de ser passível de recurso por atentado à autonomia do doente (Nunes et al, 2005)

9º O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam (Nunes et al, 2005).

Todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais.

No entanto, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros, ou se a Lei o determinar podem estas informações ser utilizadas. O doente deve ser alertado para o caso de colocar em risco a segurança ou a vida de outros.

Este direito implica obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade no estabelecimento, incluindo o voluntário, que por força das funções que desempenha partilha informação.

Os registos do hospital devem ser mantidos em condições que assegurem a sua confidencialidade, merecendo atenção especial os dados informatizados.

Chama-se especialmente a atenção para que as informações prestadas pelo telefone, em que se desconhece o interlocutor, têm que ser verdadeiras mas tendo em conta a necessária confidencialidade.

As declarações que se fazem aos meios, nomeadamente, nas situações frequentes que envolvem personalidades públicas como por exemplo: desportistas, políticos e artistas só podem ser feitos com autorização do próprio e do Conselho de Administração da Instituição.

As certidões deverão evitar incluir dados que possam prejudicar o doente ou terceiros, tendo que nelas devem constar que foram passadas a pedido do doente ou de quem o representa, bem como o fim a que se destinam.

Um indivíduo internado pode pedir que a sua presença no hospital não seja divulgada.

O acesso de jornalistas, fotógrafos, publicitários e comerciantes deve estar condicionado ao consentimento prévio do doente e autorização da direção do estabelecimento. Os delegados de informação médica não devem entrar nas áreas de atendimento clínico.

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o doente.

Deve ser salvaguardada a confidencialidade referente às crianças vítimas de maus-tratos no seio familiar pois pode pôr em risco a sua própria segurança (Nunes et al, 2005).

10º O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico (Nunes et al, 2005).

O doente internado tem direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico.

O acesso ao processo clínico só pode ser feito através de um médico, podendo ser o próprio médico assistente ou outro indicado pelo doente, se o primeiro se negar ou o doente o determinar.

Este facto (não homogéneo nos países da Europa onde existem casos em que é possível o acesso direto aos dados) pretende facilitar a interpretação dos dados e evitar eventuais choques emocionais (Nunes et al, 2005).

11° O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico (Nunes et al, 2005).

O doente internado tem direito a que todo o ato diagnóstico ou terapêutico seja realizado só na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se pedir a presença de outros elementos, podendo requerer a de um familiar (excluindo, por exemplo os atos cirúrgicos que não o permitam).

Nos atos cirúrgicos a crianças, deverá ser permitida a presença de um elemento segura ante (habitualmente um dos pais), na indução anestésica, de modo a diminuir as repercussões psicológicas e emocionais.

A vida privada do doente não pode ser objeto de intromissão, salvo em caso de necessidade para efeitos de diagnóstico ou tratamento e tendo o doente expressado o seu consentimento. Quando se trata de crianças a vida privada pode ter de ser investigada, por vezes sem a concordância dos pais se tal for preciso para a terapêutica ou bem-estar da criança.

Nas enfermarias o banho dos doentes deve ser realizado tendo em conta o pudor do doente, devem ser utilizados cortinas ou biombo com esse fim.

Durante os cuidados de higiene a intimidade do utente deve ser preservada, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós operatórios, radiografias, quando transportado em maca, durante todo o seu processo internamento.

Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer (Nunes et al, 2005).

12° O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações (Nunes et al, 2005).

O doente internado ou o seu representante legítimo pode apresentar sugestões ou reclamações sobre a qualidade dos cuidados e do atendimento bem como das instalações.

As reclamações podem ser feitas no livro de reclamações existente nos serviços, no gabinete do utente e ainda por via postal, fax ou correio eletrónico.

Para conhecer o grau de satisfação e tomar medidas de melhoria, o setor dispõe de uma sala do utente, de livros de reclamações e de questionários de satisfação.

A espera das respostas às reclamações deverá ser dada em tempo útil, informando do seguimento dado.

Este direito estende-se à possibilidade legal de o doente, através de meios jurídicos, pedir a reparação dos danos eventualmente sofridos.

O doente internado deve fazer valer os direitos constantes neste documento, que emana da legislação em vigor (Nunes et al, 2005)

13º O doente internado tem direito à visita de familiares e também amigos (Nunes et al, 2005).

O doente internado tem direito à visita de familiares e também dos seus amigos quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contraindicação.

As entidades de saúde e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afetivo que pode dar “entes significativos” para o doente.

As situações familiares mais complicadas onde existem conflitos entre os diferentes familiares e também amigos têm que ser ponderadas discreta e subtilmente pelos profissionais.

Os doentes que não têm visitas e se sentem isolados devem ter um maior apoio tanto da equipa de saúde, como do pessoal voluntário devidamente preparado e enquadrado.

O doente internado que se mostre incapaz de compreender ou de se fazer compreender tem direito ao acompanhamento da pessoa que frequentemente lhe presta cuidados e para a qual deve haver condições mínimas.

Em outras situações que se justifiquem o doente internado tem também direito ao acompanhamento em permanência:

- ✓ No momento do parto, pelo companheiro, ou outra pessoa designada pela parturiente;
- ✓ Quando se trata das crianças internadas independentemente da sua idade e estado de saúde;
- ✓ Doentes com deficiências, com problemas de comunicação ou alterações de natureza psicológica;
- ✓ Doentes em situação terminal;
- ✓ Doentes no serviço de urgência.

Os períodos para as visitas deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também e, sobretudo as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população (Nunes et al, 2005).

14° O doente internado tem direito à sua liberdade individual (Nunes et al, 2005).

O doente internado pode, a qualquer momento, deixar o estabelecimento, salvo nas exceções previstas na lei, depois de ter sido informado dos eventuais riscos que corre.

Esta forma de liberdade individual requer, no entanto, algumas formalidades, e para além do doente ter sido informado dos riscos decorrentes da sua decisão, o doente internado terá de assinar um termo de responsabilidade pela sua alta.

Qualquer indivíduo com transtornos mentais, internado com o seu consentimento, carece dos mesmos direitos ao exercício das liberdades individuais que os outros doentes, considerando-se, no entanto, o imprevisível condicionantes resultantes da sua doença.

Os presos hospitalizados têm os mesmos direitos que os outros doentes internados, nos limites consagrados na legislação.